

JOANA DA SILVA PONTES CARVALHIDO

## **PRÁTICAS RELACIONAIS DOS ENFERMEIROS COM A FAMÍLIA EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre  
em Ciências de Enfermagem submetida ao  
Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar  
da Universidade do Porto.

Orientadora – Doutora Margarida Reis Santos

Categoria – Professora Coordenadora

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem do  
Porto

Co-orientadora – Mestre Palmira Oliveira

Categoria – Professora Adjunta

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem do  
Porto



## **AGRADECIMENTOS**

à minha orientadora, Professora Doutora Margarida Reis Santos, e co-orientadora, Mestre Palmira Oliveira, pela orientação, pelo incentivo e acima de tudo pela resiliência,

à minha Família, por me darem a oportunidade de ser a pessoa e enfermeira que sou, caminhando a meu lado sempre, entre sorrisos e lágrimas,

à tia Cá, por me ensinar que o propósito da adversidade é tornar-nos mais fortes e capazes,

à Maria pela paciência e dedicação inigualáveis,

à Ana, pela amizade fraterna e incondicional, que me proporcionou um suporte de valor incalculável,

ao Pedro por ser luz no caminho,

à Mya, pela lealdade, a presença fiel e o companheirismo de sempre,

aos meus Amigos, por serem sempre o lado bom da vida,

aos Enfermeiros que participaram no estudo, pela sua colaboração e por continuarem a acreditar que se pode fazer mais e melhor Enfermagem.

a todos, o mais sincero

**OBRIGADO**



## RESUMO

O cuidado integrado e humanizado constitui a pedra angular de uma assistência em saúde de qualidade e excelência. A humanização dos cuidados é responsabilidade primordial dos enfermeiros, devendo processar-se por meio de uma concepção de cuidado que integra a pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e comunidade, e visa a criação do ambiente propício ao desenvolvimento e otimização das suas potencialidades.

A interação positiva e a relação terapêutica compõem os pilares de sustentação do processo de humanização dos cuidados, em unidades de cuidados intensivos (UCI).

Procurando clarificar e compreender o modo como os enfermeiros percebem e implementam as práticas relacionais com os familiares da pessoa em situação crítica (PSC), realizou-se um estudo de cariz metodológico, de natureza exploratória, descritiva, correlacional, numa abordagem quantitativa. Ambicionou-se contribuir para uma melhor compreensão dos processos de interação positiva com a família da PSC, colaborando para a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, e consequentemente para a excelência da prestação de cuidados. Construiu-se um questionário, que agrega duas escalas de tipo *Likert*, com 5 opções de resposta cada, para avaliar a percepção dos enfermeiros sobre as suas práticas relacionais com a família, em UCI. A escala PREFUCI-I (Práticas relacionais dos enfermeiros com a família em UCI – Importância) destinou-se a avaliar a importância que os enfermeiros atribuem às práticas que compõem uma interação positiva com a família em UCI, e a escala PREFUCI-F (Práticas relacionais dos enfermeiros com a família em UCI – Frequência) a frequência com que implementam essas mesmas práticas. A amostra de conveniência foi constituída por 239 enfermeiros que exercem funções em UCI, maioritariamente em hospitais do Porto. Foi verificada a validade e a confiabilidade dos constructos, através da análise fatorial exploratória e análise da consistência interna, tendo-se obtido três fatores, em ambas as escalas, que compõem as práticas relacionais com a família em UCI. O questionário reuniu qualidades psicométricas e emergiram como principais conclusões: as práticas relacionais dos enfermeiros com a família em UCI são implementadas com uma frequência positiva, intermédia, entre “Algumas vezes” e “Frequentemente”, considerando-as, em média, como “Muito importantes”. As Práticas de gestão de visitas destacaram-se como as práticas relacionais implementadas com maior frequência, e as Práticas de acolhimento e informação como as que os enfermeiros atribuíram maior importância.

**Palavras – chave:** Práticas relacionais; Pessoa em situação crítica; Família; Interação.



## ABSTRACT

The integrated and humanized care is the cornerstone of health assistance quality and excellence. Humanization of care is a primary responsibility of nurses and as so all the procedures should be done integrating the person as a single whole, inserted in a family and community, and aim to create an enabling environment for the development and optimization of their potential.

The positive interaction and the therapeutic relationship make up the supporting pillars of the process of humanization of care in intensive care units (ICU).

A methodological, exploratory, descriptive, correlational study was held using a quantitative approach looking to clarify and understand how nurses perceive and implement relational practices with the relatives of a Person in Critical Condition (PCC). This study aims to contribute to a better understanding of positive interaction processes with relatives of PCC, as to improve to the quality of professional nurses practices, and subsequently to the high quality of nursing care. A questionnaire was constructed in the form of two Likert-type scales, with five options each, to assess the perception of nurses of their relational practices with families at UCI. The PREFUCI-I scale (Relational practices of nurses with families at UCI - Importance) was designed to evaluate the importance that nurses attribute to practices that enable a positive interaction with the family at UCI, and the PREFUCI-F scale (Relational practices of nurses with families at UCI - frequency) to measure how often they implement these practices. The convenience sample consisted of 239 nurses working in UCI, mostly in Oporto hospitals. The validity and reliability of the constructs was verified by exploratory factor analysis and by the analysis of internal consistency, yielding three factors in both scales, which make up the relational practices with families at UCI. The questionnaire gathered psychometric qualities and it was concluded that relational practices of nurses with families at UCI are implemented with a positive, intermediate frequency, between "Sometimes" and "Frequently", are considered by them, on average, as "very important". The visits management practices stood out as the relational practices implemented more frequently, and reception and information practices as those nurses attributed greater importance.

**Key - words:** Relational practices; Person in Critical Condition; Family; Interaction.





## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

$\alpha$  – Alfa de Cronbach  
AF – Análise Fatorial  
Alg. vez. – Algumas vezes  
art. – Artigo  
CCFSS – *Critical Care Family Satisfaction Survey*  
CCFNI – *Critical Care Family Needs Inventory*  
CHSJ – Centro Hospitalar de São João  
CHVNG/E – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho  
cit. por – citado por  
col. – Colaboradores  
DGS – Direção Geral de Saúde  
DP – Desvio padrão  
DL – Decreto-Lei  
DR – Diário da República  
E.P.E – Empresa Pública Empresarial  
F – Fator  
Freq. – Frequência  
Frequent. – Frequentemente  
FS-ICU 24 – *Family Satisfaction in the Intensive Care Unit 24*  
Imp. – Importante  
ICBAS – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar  
KS – Teste Kolmogorov – Smirnov  
M – Média  
MAS – *Measures of Sampling Adequacy*  
Mt. Imp. – Muito Importante  
MS – Ministério da Saúde  
N – Número de casos total da amostra  
n – Número de casos  
nº – Número  
Nc. – Nunca  
Nd. Imp. – Nada Importante  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
p – Nível de significância

PC – Percentagem cumulativa

Pc. Imp. – Pouco importante

PREFUCI – Práticas relacionais dos enfermeiros com a família em UCI

PREFUCI-F – Práticas relacionais dos enfermeiros com a família em UCI: Frequência

PREFUCI-I – Práticas relacionais dos enfermeiros com a família em UCI: Importância

PSC – Pessoa em situação crítica

PAI – Práticas de acolhimento e informação

PGV – Práticas de gestão de visitas

PIPTTD – Práticas de integração em procedimentos e processos de tomada de decisão

r – Coeficiente de correlação de Pearson

Rar. – Raramente

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

Sp. – Sempre

SPSS – *Statistical Package for Social Science*

Tot. Imp. – Totalmente Importante

UCI – Unidade de cuidados intensivos

UCIP – Unidade de cuidados intensivos polivalentes

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

## ÍNDICE

Introdução.....	15
1. A enfermagem em cuidados intensivos.....	19
1.1. Interação enfermeiro, cliente e família.....	21
1.2. Teoria do Alcance de Metas de Imogene King.....	39
2. A família em cuidados intensivos.....	45
2.1. Conceito de família.....	45
2.2. Necessidades da família.....	48
3. Enquadramento metodológico.....	55
3.1. Justificação do estudo.....	55
3.2. Finalidades e objetivos.....	57
3.3. Desenho de investigação.....	57
3.4. Instrumento de colheita de dados.....	58
3.5. Procedimento de colheita de dados.....	62
3.6. Tratamento de dados.....	63
3.7. População e amostra.....	66
3.8. Considerações éticas.....	67
4. Análise dos resultados.....	69
4.1. Caracterização da amostra.....	69
4.2. Análise das escalas PREFUCI-F e PREFUCI-I.....	72
5. Discussão dos resultados.....	93
Conclusões.....	107
Referências bibliográficas.....	117
Anexos.....	133
Anexo 1 – Informação ao participante/ PREFUCI-F/I.....	135
Anexo 2 – Consentimento informado.....	143
Anexo 3 – Autorizações para a realização do estudo.....	147
Anexo 4 – Solicitação de participação por correio eletrónico.....	153
Anexo 5 – Análise fatorial das componentes principais da PREFUCI-F.....	157
Anexo 6 – Análise fatorial das componentes principais da PREFUCI-I.....	161
Anexo 7 – Estudo da homogeneidade das PREFUCI na PREFUCI-F.....	165
Anexo 8 – Estudo da homogeneidade das PREFUCI na PREFUCI-I.....	169
Anexo 9 – Percentagem cumulativa das PREFUCI na PREFUCI-F.....	173
Anexo 10 – Percentagem cumulativa das PREFUCI na PREFUCI-I.....	177



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – A Teoria de Alcance de Metas de Imogene King .....	42
Figura 2 – Escalas PREFUCI-F e PREFUCI-I .....	61

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos enfermeiros segundo o serviço .....	69
Gráfico 2 – Representação da dinâmica relacional com a família .....	71

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos enfermeiros segundo o tipo de especialidade .....	70
Tabela 2 – Coeficiente Alfa de Cronbach .....	74
Tabela 3 – F1: Práticas de acolhimento e informação – PREFUCI-F .....	75
Tabela 4 – Critérios de seleção dos itens do F1: Práticas de acolhimento e informação – PREFUCI-F .....	75
Tabela 5 – F2: Práticas de integração em procedimentos técnicos e processos de tomada de decisão – PREFUCI-F .....	76
Tabela 6 – F3: Práticas de gestão de visitas – PREFUCI-F .....	77
Tabela 7 – F1: Práticas de acolhimento e informação – PREFUCI-I .....	83
Tabela 8 – F2: Práticas de integração em procedimentos técnicos e processos de tomada de decisão – PREFUCI-I .....	84
Tabela 9 – F3: Práticas de gestão de visitas – PREFUCI-I .....	85



## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Alterações ao questionário após revisão por peritos .....	61
Quadro 2 – Distribuição de frequências das PAI da PREFUCI-F .....	78
Quadro 3 – Distribuição de frequências das PIPTTD da PREFUCI-F .....	79
Quadro 4 – Distribuição de frequências das PGV da PREFUCI-F .....	80
Quadro 5 – Resumo da estatística descritiva dos fatores da PREFUCI-F .....	80
Quadro 6 – Estatística descritiva da configuração global da PREFUCI-F .....	81
Quadro 7 – Distribuição de frequências das PAI da PREFUCI-I .....	85
Quadro 8 – Distribuição de frequências das PIPTTD da PREFUCI-I .....	86
Quadro 9 – Distribuição de frequências das PGV da PREFUCI-I .....	87
Quadro 10 – Resumo da estatística dos fatores da PREFUCI-I .....	87
Quadro 11 – Estatística descritiva da configuração global da PREFUCI-I .....	88
Quadro 12 – Matriz de Correlações de Pearson entre os fatores e com a configuração global da PREFUCI-F .....	89
Quadro 13 – Matriz de Correlações de Pearson entre os fatores e com a configuração global da PREFUCI-I .....	89
Quadro 14 – Matriz de Correlações de Pearson entre as PREFUCI da PREFUCI-F e da PREFUCI-I .....	91
Quadro 15 – Matriz de Correlações de Pearson entre a PREFUCI-F e a PREFUCI-I .....	92





## INTRODUÇÃO

No enquadramento das políticas de saúde da OMS, prevê-se que o caminho para a excelência dos cuidados passe pelo desenvolvimento de um sistema de saúde que satisfaça as necessidades de cada pessoa por meio de uma conceção unitária e integral das suas múltiplas dimensões e indivisível da comunidade que integra.

Atualmente, reconhece-se que a família constitui-se fator de adversidade ou de proteção relativamente aos processos de saúde e doença dos seus membros e aos processos de adaptação inerentes ao seu desenvolvimento. Esta adaptação às novas situações, sejam elas internas ou externas, assegura a mudança e continuidade do sistema familiar e, revestida de maior ou menor *stress*, viabiliza o funcionamento efetivo do sistema familiar que se processa num contexto co-evolutivo e transformativo (Figueiredo, 2009). Esta evidência obriga os enfermeiros a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da sua prática (Wright & Leahey, 2011), pois sendo a família todo e partes em simultâneo, “(...) qualquer alteração afectará quer as partes, quer o todo e ambos tendem a promover a mudança para o equilíbrio dinâmico da unidade familiar” (McEwen & Wills, 2009, p. 67).

Os serviços de cuidados intensivos são unidades qualificadas para assumir responsabilidade integral por indivíduos com disfunção orgânica grave, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais, onde a prática de cuidados de saúde se viabiliza num contínuo de ações e procedimentos (humanos e instrumentais) de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, de acordo com as necessidades da pessoa em situação crítica, 24h por dia (MS, 2003).

A pessoa em situação crítica (PSC) “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização, e terapêutica” (Regulamento n.º 124/2011, p. 8656). A designação de PSC, cliente ou ente querido ao longo deste estudo, remete para a pessoa internada em UCI. A admissão numa UCI constitui-se, independentemente da situação que motiva o internamento, como um fator de *stress* adicional para a PSC e para os seus familiares, impondo um alerta aos enfermeiros – ambos necessitam do cuidado de enfermagem (Hanson & Boyd, 1996).

A rotina diária em UCI impõe uma dinâmica complexa de trabalho, que exige dos profissionais a melhor resposta perante as piores circunstâncias, criando-se um ambiente muitas vezes agressivo, tenso e traumatizante, que não propicia a reflexão individual ou coletiva que possibilite explorar novas e melhores orientações de trabalho. Nestes

serviços altamente tecnológicos é um desafio humanizar os cuidados, prestando cuidados de excelência dirigidos aos problemas fisiopatológicos, psicossociais, ambientais e familiares intimamente ligados aos processos de doença (Vila & Rossi, 2002).

Wright e Leahey (2011) salientam que todos os enfermeiros devem ser instruídos e competentes no modo de envolver as famílias nos cuidados de saúde, em qualquer domínio da prática de enfermagem. Importa esclarecer que, em contexto hospitalar, a prática de enfermagem junto das famílias assenta numa conceção de família enquanto contexto. Ou seja, os enfermeiros generalistas, face à necessidade de assegurar o cuidado integral ao cliente, foco dos cuidados, iniciam um processo de interação com potencial terapêutico com vista ao equilíbrio familiar enquanto suporte para a recuperação do cliente.

Os enfermeiros assumem assim uma posição central na satisfação das necessidades da PSC e respetiva família, procurando assegurar a sua recuperação e o suporte adequado que potencie a reorganização e adaptação familiar de modo a garantir o máximo bem-estar para ambos, a médio e longo prazo. Contudo, a análise da realidade de prestação de cuidados revela que a interação entre estes múltiplos intervenientes, por influência de diversas condicionantes, não se desenvolve de forma proativa, protelando-se a aplicabilidade do cuidado integrado e humanizado (Kirchhoff et al., 1993; Saveman, 2010).

Reconhecendo o contributo que a investigação constitui para o suporte, credibilidade, continuidade e singularidade do conhecimento em enfermagem, e a necessidade de clarificar e caracterizar o processo de interação e relação terapêutica entre os enfermeiros e os familiares da PSC, em UCI, enquanto caminho para a humanização do cuidado, desenvolveu-se este estudo, no âmbito do Mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), em que se pretende avaliar a perceção dos enfermeiros sobre as práticas relacionais com a família da PSC, em UCI. O propósito é avaliar a frequência com que os enfermeiros executam práticas de interação positiva com os familiares da PSC e a importância que atribuem a essas mesmas práticas, de modo a clarificar o processo de interação e relação terapêutica entre os enfermeiros e família, nas UCI portuguesas.

Neste estudo, entendem-se por práticas relacionais com a família o conjunto de intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros com vista ao desenvolvimento de uma interação positiva que viabilize uma relação com potencial terapêutico com os familiares da PSC. Craft e Willadsen (1992, cit. por Hanson e Boyd, 1996) salientam que as enfermeiras que exercem funções em centros médicos e cirúrgicos devem cuidar da

família em todas as fases de doença, definindo as intervenções de enfermagem com a família como o conjunto de intervenções que visam assisti-la e aos seus membros na promoção, prevenção ou manutenção da sua saúde e equilíbrio funcional ou na vivência de uma morte pacífica. A humanização dos cuidados só será possível mediante a adoção, pelos enfermeiros, de práticas relacionais com a família (Wright & Leahey, 2011).

A investigação em ciências de enfermagem deve centrar-se no domínio dos cuidados de enfermagem, tendo implicações diretas ou indiretas na prática dos cuidados (Fortin, 2009). A finalidade deste estudo é contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, por intermédio da clarificação da perceção dos enfermeiros sobre a frequência com que implementam e a importância que atribuem às práticas promotoras de interação positiva com os familiares da PSC, em UCI. Desenvolveu-se um estudo de cariz metodológico, de abordagem quantitativa, construindo-se um questionário, que integra duas escalas – a PREFUCI-F, destinada a avaliar a frequência com que os enfermeiros executam práticas relacionais promotoras de interação positiva, com os familiares da PSC em UCI, e a PREFUCI-I que objetiva conhecer a importância que os enfermeiros atribuem a essas mesmas práticas – gerando informação numérica para análise estatística (Polit, Beck & Hungler, 2004). É ainda exploratório, dada a escassez de trabalhos publicados que traduzam o que acontece nos contextos da prática, em UCI, no âmbito da interação entre enfermeiros e familiares da PSC, descritivo e correlacional por implicar a descrição do fenómeno e a descoberta dos fatores ligados ao mesmo (Fortin, 2009). As UCI do CHSJ, do CHVNG/E e da ULSM, constituíram o contexto selecionado para a realização do estudo. A problemática em estudo reflete inquietações que emergiram do contexto real de interação entre enfermeiros e familiares da PSC, em UCI. Embora explore uma vertente particular da relação interpessoal entre enfermeiros e familiares da PSC, refletindo apenas a perspetiva dos profissionais de enfermagem, espera-se que as informações recolhidas constituam um estímulo à reflexão individual sobre a abordagem aos familiares da PSC, e representem uma mais-valia na revisão e reestruturação das PREFUCI.

O relatório do estudo foi organizado em cinco capítulos. O primeiro procurou descrever a realidade da enfermagem em cuidados intensivos. Neste sentido, procedeu-se a uma breve introdução sobre as competências e funções desempenhadas pelos enfermeiros que exercem funções em UCI, dando-se enfoque à temática central em estudo – a interação entre enfermeiros, clientes e família, na qualidade de fenómeno pelo qual se fundamenta e concretiza a relação terapêutica, meta primordial dos cuidados de enfermagem. Com base na evidência científica disponível, procurou-se sintetizar as principais conceções e atitudes dos enfermeiros face ao desenvolvimento da relação

interpessoal com os familiares da PSC, enaltecendo as principais condicionantes à sua implementação e as estratégias promotoras da sua consecução. Focou-se a comunicação proativa na qualidade de competência relacional primordial e caracterizaram-se os momentos em que esta interação se pode efetivar, bem como os obstáculos que se erguem à sua concretização no âmbito dos cuidados intensivos. Por último, introduziu-se a Teoria do alcance de metas de Imogene King, como quadro de referência, suporte científico e guia orientador de uma prática de cuidados que se fundamenta e concretiza pela interação terapêutica.

No segundo capítulo, no intuito de complementar a contextualização teórica do estudo, abordou-se o conceito, atual, de família, que fundamenta a pertinência da sua gradual inclusão no planeamento e prestação de cuidados de saúde. Por fim, procedeu-se à síntese das principais necessidades e dificuldades sentidas pelos familiares da PSC, no decorrer de um internamento em UCI, explorando-se o relacionamento interpessoal na ótica dos familiares, os principais obstáculos que eles percebem à sua concretização e as práticas relacionais que mais valorizam na promoção de um relacionamento interpessoal terapêutico.

O terceiro capítulo, comporta o desenvolvimento do percurso metodológico, através da caracterização do mesmo, bem como, todos os procedimentos relativamente à construção e validação do instrumento de colheita de dados – PREFUCI-F e PREFUCI-I – assim como os procedimentos de recolha e análise dos dados.

No quarto, procedeu-se à análise simultânea dos resultados obtidos, apresentando-se o estudo diferencial da PREFUCI-F e da PREFUCI-I.

No quinto versa a discussão dos resultados, procurando dar-se resposta aos objetivos de investigação.

Por fim, apresentaram-se as conclusões do estudo e considerações finais.

## 1. A ENFERMAGEM EM CUIDADOS INTENSIVOS

As UCI são serviços altamente especializados que se destinam a assegurar os cuidados de saúde a indivíduos com disfunção orgânica grave, que implica, com frequência, compromisso à vida. Assim,

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objectivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Regulamento n.º 124/2011, p. 8656).

Aos enfermeiros que exercem funções em UCI, impõe-se o desafio de integrar a tecnologia no cuidado, dominar os princípios científicos que fundamentam a sua utilização e simultaneamente identificar e satisfazer as necessidades de cuidado da PSC e respetiva família.

Segundo o regulamento nº124/2011 (p. 8656), são competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica:

- prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;
- gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos;
- gerir de forma diferenciada a dor e o bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas;
- assistir a pessoa nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica;
- gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde;
- gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica.

Compete ainda a estes profissionais, avaliar, sistematizar e decidir sobre o uso apropriado de recursos humanos, físicos, materiais e de informação no cuidado à PSC, visando o trabalho em equipa, a eficácia e o custo-efetividade (Vargas & Braga, 2006).

No que concerne à formação espera-se que os enfermeiros que exercem funções em UCI assumam um compromisso contínuo com o seu desenvolvimento profissional, bem como, com a educação e formação dos seus pares, contribuindo com a sua qualificação profissional para a melhoria dos cuidados e serviços de saúde (Vargas & Braga, 2006).

A sobrecarga emocional imposta à família nestes contextos e o risco de destabilização do sistema familiar que lhe está subjacente, impõem uma responsabilidade acrescida aos enfermeiros em UCI – a avaliação da família onde a PSC se insere (Curtis et al., 2008). Portanto, os profissionais de enfermagem são ainda responsáveis por delinear uma estratégia de intervenção que suporte a família na gestão da crise, preservando o seu equilíbrio e, conseqüentemente, potenciando o seu contributo na recuperação da PSC. É esperado que os enfermeiros proporcionem a melhor assistência ao cliente e família que vivenciam o processo de hospitalização, considerando a assistência centrada na família intrínseca à prática de enfermagem (Siqueira et al., 2006).

Para dar resposta a esta complexidade de cuidados os enfermeiros devem ser resolutivos, autoconfiantes, detentores de uma visão holística que lhes permita desenvolver uma abordagem sistémica, com sensibilidade, espírito crítico, compromisso social e espírito de equipa. Devem ainda dispor de um perfil de qualidades técnicas e humanas que lhes possibilite identificar os problemas, inserir-se no processo de desenvolvimento, propor e realizar intervenções ajustadas às necessidades da PSC e família, certificando-se de que a sua prática decorre dentro dos princípios éticos e bioéticos da profissão (Vargas & Braga 2006).

Contudo, constata-se que o poder dos enfermeiros de cuidados intensivos encontra-se subestimado, sendo muitas vezes equacionado em função de perspetivas pouco consistentes da realidade em UCI (Lewandowski, 1994). Da eficácia e qualidade do seu desempenho, dependem a sobrevivência do cliente, bem como, o equilíbrio e funcionalidade do sistema familiar e da própria equipa da UCI, revelando-se assim o carácter decisivo das suas ações na determinação da excelência dos cuidados de saúde. Considerando que é pela interação positiva que os cuidados de enfermagem se concretizam nos subcapítulos seguintes explora-se os contornos em que esta se desenvolve.

## 1.1. INTERAÇÃO ENFERMEIRO, CLIENTE E FAMÍLIA

A interação entre enfermeiro, cliente e família, é o caminho pelo qual se efetivam os cuidados de enfermagem. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001, p. 10):

[o] exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades) (...). A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel (...). Várias são as circunstâncias em que a parceria deve ser estabelecida envolvendo as pessoas significativas do cliente individual (família, convivente significativo).

A interação é um processo de percepção e comunicação que se estabelece entre pessoa e ambiente, e entre pessoas, representada por comportamentos verbais e não verbais dirigidos a uma meta (Meleis, 2007; McEwen & Wills, 2009).

Os cuidados de enfermagem concretizam-se por meio do estabelecimento de uma interação conjunta e permanente entre o enfermeiro, o cliente e a família, que resulta impreterivelmente da conjugação da experiência e conhecimento especializado dos enfermeiros, do reconhecimento da individualidade de cada cliente e família, do respeito pelas suas experiências, necessidades, valores e princípios, tendo sempre presente a procura do seu bem-estar, a sua máxima capacitação na adaptação à condição de saúde atual, e a promoção de estilos de vida saudáveis (Silveira et al., 2005). Assim, todos os aspetos que compõem e influenciam esta interação, são determinantes para a concretização da relação terapêutica entre enfermeiro, cliente e família. É por meio da comunicação que a interação se desenvolve e realiza.

A comunicação é um processo dinâmico e envolve um intercâmbio de mensagens enviadas e recebidas que influenciam o comportamento das pessoas a curto, médio ou longo prazo. A sua finalidade é possibilitar ao profissional, cliente e família identificarem as necessidades a ser atendidas, de forma a delinear estratégias que promovam, mantenham ou recuperem a saúde ou permitam encontrar novos padrões de comportamento diante de uma situação de incapacidade inesperada (Santos & Silva, 2006).

Este exercício de comunicar estabelece uma relação, e, nesse sentido exige treino, reflexão, aprendizagem, prática e sobretudo uma série de atitudes e comportamentos que envolvem as palavras, o sentido compreensivo e lógico da estrutura, mas também os gestos, toda a linguagem do corpo. (...) comunicar subentende relação (...) é ligação a outrem, é satisfação das necessidades de ordem intelectual, afetiva,

moral e social, constituindo um componente essencial da vida de cada um em particular e em geral de todo o sistema familiar (Dias, 2011, p. 152).

É por meio da interação que os enfermeiros da UCI integram a família nos processos de cuidar. A afetividade proporcionada pela relação entre a família e a PSC é potencialmente mais eficaz na recuperação do cliente, do que qualquer relação profissional que se venha a desenvolver (Silveira et al., 2005). Por conseguinte, a interação e comunicação, em contexto terapêutico, não ocorrem ao acaso, devendo ser encaradas como uma necessidade, um objetivo da equipa prestadora de cuidados, como forma de garantir o sucesso da sua ação, exigindo, por isso, uma intervenção consciente e planeada dos profissionais. A comunicação e relação interpessoal entre profissionais de saúde, cliente e família em UCI é um indicador da qualidade dos cuidados e um fator preditivo da satisfação familiar, pois pela satisfação das suas necessidades promove-se o seu bem-estar (Aslakson et al., 2010; Daly et al., 2010).

Atendendo à literatura, às funções e competências do enfermeiro que cuida da PSC, às necessidades de cuidado da PSC, e às necessidades dos familiares, conclui-se que a interação com a família em UCI se constrói em torno de quatro momentos chave: o acolhimento, o fornecimento de informações, na presença da família na UCI e nos processos de tomada de decisão.

### **O acolhimento na UCI**

No momento da admissão na UCI a necessidade dos profissionais assegurarem a segurança e estabilidade da PSC, conduz ao desenvolvimento de um conjunto sistematizado de intervenções dirigidas exclusivamente ao cliente, o que condiciona o primeiro contacto com a família. Posteriormente, o conhecimento limitado acerca da PSC e a necessidade de dar continuidade à sua avaliação, definindo e instituindo as medidas terapêuticas necessárias à sua sobrevivência, conduzem a uma abordagem inicial, muitas vezes impessoal, da família. Assim, num curto espaço de tempo, debitam-se informações sobre o diagnóstico e situação de saúde da PSC, fornecem-se orientações sobre o tratamento e as regras de conduta na UCI, negligenciando-se a orientação progressiva e gradual, preconizada face ao *stress* que a família vivencia (Monticelli & Boehs, 2007).

O ambiente altamente tecnológico da UCI, saturado de equipamentos, associado ao facto de ser, com regularidade, um espaço fechado, com explícita interdição à entrada de pessoas não autorizadas, sustenta a natureza singular, mística e impessoal da UCI, agravando substancialmente a ansiedade dos familiares, despoletada pela hospitalização



emergente (Farrell, Joseph & Schwartz-Barcott, 2005). O *stress*, a complexidade tecnológica, a condição crítica dos clientes internados e a intensa atividade profissional necessária para dar resposta às necessidades de cuidados, tornam o ambiente na UCI potenciador de *stress* e desequilíbrio nas relações humanas entre todos os intervenientes, dificultando o processo de acolhimento e o cuidado humanizado, pela sobreposição da complexidade da componente técnica à singularidade da componente existencial (Urizzi & Corrêa, 2007; Martins et al., 2008).

Os enfermeiros são os profissionais que, com maior frequência, gerem a admissão da família na UCI. É da sua competência o desenvolvimento de uma abordagem inicial geradora de confiança e tranquilidade, por meio de uma atitude assertiva, serena, que enfatize a necessidade do internamento, suporte a esperança na recuperação da PSC e transmita as informações necessárias ao cumprimento das regras fundamentais da unidade, e ao esclarecimento das dúvidas essenciais sobre a PSC e o serviço. A desmistificação do ambiente da UCI é fundamental, sendo da responsabilidade destes profissionais enfatizar os benefícios que a elevada componente tecnológica proporciona, salientando que, a monitorização complexa e avançada, existente na UCI, constitui uma fonte de alerta precoce e possibilita aos enfermeiros dispor de mais tempo na atenção ao cliente e família (Leite & Vila, 2005; Silveira et al., 2005).

A dinâmica relacional entre profissionais de saúde, familiares e clientes, define-se desde o primeiro momento do internamento, e constrói-se a partir dele, pelo que os enfermeiros devem demonstrar disponibilidade para escutar, dialogar, e esclarecer dúvidas, de modo a potenciar o desenvolvimento de uma interação positiva (Silveira et al., 2005). Um acolhimento indevido condiciona inevitavelmente a eficácia e implementação da proposta terapêutica (Schneider et al., 2008), comprometendo a interação entre os profissionais da equipa da UCI, os clientes e as respetivas famílias.

O acolhimento é um processo contínuo que deve envolver todos os membros da equipa da UCI e criar o espaço necessário à interação genuína que fundamenta a relação entre os intervenientes no processo de cuidar, constituindo-se a equipa da UCI como o elo de ligação entre a PSC e família, promovendo uma comunicação eficaz entre eles e cuidando globalmente de ambos (Martins et al., 2008; Schneider et al., 2008).

Schneider e col. (2008) desenvolveram uma proposta de acolhimento para o cliente e família em UCI, constituída por cinco etapas distintas, que se sucedem naturalmente, à medida que se estreita a proximidade e confiança com a família:

- Acesso – a equipa recebe o cliente, presta os cuidados necessários à sua segurança, aproxima-se e conforta a família, esclarecendo rotinas e normas da instituição e adequa o ambiente de modo a proporcionar conforto;

- Escuta – a equipa incentiva o cliente e família a esclarecer dúvidas. Inicia-se a educação para a saúde e estabelece-se relação de confiança proporcionando segurança para expressarem medos e angústias;
- Diálogo – a equipa orienta a família sobre o que está a ser feito para manter a saúde do cliente;
- Apoio – a equipa oferece apoio e conforto ao cliente e família, orienta a família sobre a condição do cliente antes da visita e identifica as necessidades de informação e apoio do cliente e família, procurando ajudá-los a satisfazê-las;
- Vínculo – o enfermeiro orienta sobre os benefícios do tratamento e as complicações que podem ocorrer, flexibiliza o horário de visita e mantém-se aberto para o outro.

A sua implementação permitiu concluir que o grau de satisfação de clientes e famílias, com a qualidade dos cuidados prestados, aumentou consideravelmente. Os familiares referiram que, ao perceberem a disponibilidade da equipa da UCI, sentiam uma sensação de alívio do *stress* e ansiedade experienciados, reforçando as vantagens subjacentes à concretização de um acolhimento programado, bem estruturado e eficaz, promotor de uma adaptação gradual a esta nova realidade (Schneider et al., 2008).

### **A informação à família**

Subjacente à hospitalização e admissão numa UCI está o fornecimento de informações, não só sobre o estado de saúde da PSC, mas também sobre as regras de funcionamento hospitalar, regras de conduta no decorrer do período de visita ou permanência na UCI, orientações e objetivos terapêuticos e sobre o próprio ambiente e recursos disponíveis na UCI.

A informação sobre a sua situação de saúde é um direito consagrado na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes (MS, 2004). Em cuidados intensivos, na impossibilidade de ser requerida pelo PSC, a família atua em sua representatividade, passando a ser um direito seu reivindicar a informação sobre o estado de saúde do cliente (Zussman, 1992). Todavia, a informação não é somente um direito dos familiares dos clientes internados em UCI, é também uma das suas prioridades, como já salientado previamente.

O fornecimento de informação aos familiares da PSC processa-se por meio da comunicação e é fundamental ao desenvolvimento de uma interação positiva entre os intervenientes no processo de cuidar. A informação possibilita à família e cliente a compreensão sobre o ambiente envolvente e o tratamento instituído, constituindo

elemento crucial na gestão do processo de doença, bem como, um suporte nos processos de tomada de decisão (Campos et al., 2008; Saiote, 2010).

Segundo o código deontológico do enfermeiro (DL nº 104/98), é dever do enfermeiro informar o cliente e respetiva família sobre os cuidados de enfermagem, sendo ainda da sua responsabilidade o esclarecimento de dúvidas no âmbito dos mesmos, competindo-lhes a referência e divulgação das condições de acesso aos serviços disponíveis para satisfazer as necessidades em saúde, de clientes e famílias.

De um modo geral, a qualidade da informação transmitida aos familiares deve responder a dois critérios fundamentais – o tipo de informação a ser transmitida e modo como é transmitida – sendo requisito de qualidade assistencial a compreensão do ouvinte e a sua satisfação com o tipo e modo de transmissão da informação, particularmente nos processos de tomada de decisão (Azoulay et al., 2002).

Na informação ao cliente ou família, os enfermeiros devem considerar alguns aspetos fundamentais, nomeadamente:

- fornecer informação pertinente, ajustada às necessidades e dúvidas dos clientes e respetivos familiares, dentro do domínio da sua área de competência profissional;
- fornecer conteúdos claros, numa linguagem simples, objetiva e ajustada ao nível de compreensão do recetor;
- no momento oportuno, sob as condições adequadas, normalmente num local calmo e tranquilo, afastado do cliente, de modo a minimizar o ruído envolvente, promovendo a compreensão da informação transmitida e proporcionando um espaço privado onde possam colocar questões e esclarecer dúvidas;
- certificar-se que os familiares e clientes compreenderam as informações transmitidas (Saiote, 2010).

Na transmissão de informação adequada aos familiares promove-se o entendimento sobre a condição em que a PSC se encontra, proporcionando à família um forte sentimento de controlo, minimizando a instabilidade emocional subjacente à sua incapacidade de desempenhar o seu papel de cuidar do ente querido (Gavaghan & Carroll, 2002).

A organização de sessões de esclarecimento, o fornecimento de folhetos que sistematizem a informação, a identificação de um familiar de referência, providenciar *pagors* que possibilitem um contacto rápido, o acompanhamento por voluntários hospitalares e a presença e participação em alguns dos cuidados prestados, são algumas

das estratégias sugeridas, como forma de suplantar as necessidades de segurança e proximidade dos familiares (Gavaghan & Carroll, 2002).

### **A presença da família**

A presença da família em UCI define-se pela comparência dos membros da família num espaço onde lhes seja possível observar ou tocar no cliente, não só no decorrer do período de visita mas também durante a realização de procedimentos, não invasivos ou invasivos (Meyers, 2000, cit. por Gavaghan & Carroll, 2002). Esta presença é uma realidade efetiva nos serviços de cuidados intensivos neonatais e pediátricos, o mesmo não acontece nas UCI de adultos, que se constituem como os serviços que maior resistência oferecem à liberalização da presença da família (Monticelli & Boehs, 2007).

A gestão da presença da família em UCI é complexa e requer a conjugação de múltiplos fatores no intuito de garantir a satisfação das necessidades da família sem compromisso da concretização segura do cuidado, que visa satisfazer as necessidades da PSC.

### **A gestão das visitas**

Embora nos últimos anos a investigação no âmbito da gestão das visitas em UCI tenha sofrido um aumento exponencial, a frequência, duração dos períodos de visita e quem deve visitar a PSC, continuam a ser questões controversas sugerindo que apesar das múltiplas propostas de intervenção encontradas na literatura, poucas encontraram aplicabilidade nos contextos da prática, comprovando vantagens ou desvantagens da sua implementação (Gavaghan & Carroll, 2002; Gonzales et al., 2004; Farrell, Joseph & Schwartz-Barcott, 2005).

Na maioria das instituições, a gestão das visitas em UCI processa-se em função da rotina e dinâmica de trabalho dos profissionais, secundarizando-se as preferências individuais de clientes e famílias. Com frequência, os enfermeiros consideram que a política de visita ideal tem por base a restrição do número de elementos, do tempo de visita e da entrada de crianças, justificando a sua perspetiva pelo ambiente ameaçador da UCI, que pode agravar sentimentos como medo, ansiedade, impotência, vulnerabilidade, raiva, frustração e culpa (Farrell, Joseph & Schwartz-Barcott, 2005). Somam-se a estes fatores a ansiedade, insegurança e *stress* gerados pela presença da família junto do cliente, conduzindo os enfermeiros ao refúgio no afastamento, como estratégia de proteção. Limitar a disponibilidade para interagir, minimizar o diálogo, enfatizar aspetos negativos da interação, sobrevalorizando a componente patológica da

instabilidade emocional experienciada pela família nesta fase, são atitudes adotadas com regularidade pelos enfermeiros no decorrer da visita, de modo a impor o distanciamento necessário para minimizar o diálogo, restringindo a comunicação e consequentemente a interação (Farrell, Joseph & Schwartz-Barcott, 2005). Por outro lado, as condicionantes institucionais, como os escassos recursos humanos, os défices de suporte administrativo e o número elevado de doentes, a sobrecarga de trabalho e de *stress*, bem como as características individuais de algumas famílias, o excessivo tráfego de profissionais e o elevado número de procedimentos que compõem o quotidiano de uma UCI, podem também constituir obstáculo à permanência das famílias, pois condicionam o desenrolar das atividades de cuidado à PSC e consequentemente a qualidade do desempenho dos profissionais (Farrell, Joseph & Schwartz-Barcott, 2005).

A evidência indica que as visitas acarretam vantagens para a PSC e famílias, salvaguardando que estas não devem ser percecionadas de forma linear. Alguns autores afirmam que não há agravamento dos parâmetros vitais na presença de familiares junto do cliente, contudo, alguns clientes reconhecem que perante situações de dor ou desconforto, não sentiram benefício na presença da família, realçando com frequência que preferem períodos de visitas mais curtos (aproximadamente 30 minutos), distribuídos ao longo do dia (três ou quatro períodos diários), pois, deste modo, minimizam a fadiga e satisfazem a sua necessidade de proximidade e conforto (Gavaghan & Carroll, 2002). Berwick e Kotagal, em 2004, afirmam que um horário de visita alargado tem efeito benéfico em 88% das famílias e reduz a ansiedade em 65%, facilita o estabelecimento de uma relação de confiança entre a equipa multiprofissional e os membros da família, promovendo oportunidades para a educação do cliente e família e facilitando a comunicação (Berwick & Kotagal, 2004). A motivação adicional para a vida, e as informações sobre as preferências e valores dos clientes são benefícios adicionais conseguidos com presença da família em UCI.

Apesar de reconhecerem a pertinência da família junto do cliente, os enfermeiros estimulam muitas vezes os familiares a irem a casa para dormir, não só pelas más condições físicas proporcionadas na maioria das UCI, mas pela necessidade de estes se afastarem do ambiente artificial e excessivamente estimulante e ruidoso da UCI. De facto, o regresso a casa pode ser benéfico para a preservação do bem-estar dos familiares, pois possibilita o contacto pontual com a sua rotina diária, bem como a interação com os restantes membros do sistema familiar. Facultar a oportunidade de regresso à hora que entenderem conveniente, ou disponibilizar um contacto telefónico do serviço, 24h/dia, pode ser o suficiente para minimizar o *stress* do afastamento e promover o regresso da família a casa (Farrell, Joseph & Schwartz-Barcott, 2005). Portanto gerir visitas em UCI,

tem também subjacente a preocupação da preservação do equilíbrio funcional no sistema familiar fora do contexto hospitalar, ressaltando que, embora a proximidade com o cliente acarrete benefícios para a sua recuperação, pode comprometer a integridade e equilíbrio da dinâmica familiar no exterior, sendo preocupação dos profissionais da equipa da UCI o alerta e aconselhamento no intuito da preservação deste frágil equilíbrio. Esta situação vivencia-se sobretudo nos contextos pediátricos, em que a presença parental constitui um inquestionável benefício para a criança internada, mas acarreta uma dificuldade acrescida para os pais, já que implica o afastamento de um deles do lar. Esta hospitalização impõe uma revisão dos papéis em contexto domiciliário e um distanciamento dos restantes membros da família, sujeita-os a condicionalismos laborais, financeiros, sociais e afetivos que contribuem para agravar a instabilidade e desequilíbrio familiar (Mendes, 2010).

O processo de gestão de visitas deve pautar-se pela conjugação das necessidades e preferências da PSC e da própria família, pelo bom senso e garantia da igualdade de direitos e oportunidades para todos os clientes internados e atender à preservação do equilíbrio familiar, dentro e fora do contexto hospitalar. Embora se possam definir políticas orientadoras do processo de tomada de decisão face às visitas, este nunca será rígido ou linear, desenvolvendo-se e ajustando-se permanentemente, com base numa avaliação contínua, sustentada numa intervenção individualizada, suportada numa conceção sistémica da família e PSC, com vista à prestação de cuidados segura e de qualidade (Gavaghan & Carroll, 2002; Farrell, Joseph & Schwartz-Barcott, 2005).

Os hospitais universitários são pioneiros no desenvolvimento e implementação de políticas de gestão de visitas mais liberais e individualizadas, sugerindo que nestes contextos os enfermeiros percecionam com maior facilidade o seu potencial modelador de diferença nestas questões (Hoping et al., cit. por Farrell, Joseph & Schwartz-Barcott, 2005). Com frequência os enfermeiros possibilitam o alargamento da duração da visita, e perante situações de fim de vida não impõem qualquer restrição aos familiares (Farrell, Joseph & Schwartz-Barcott, 2005). Todavia, no intuito de minimizar os conflitos com a equipa multidisciplinar, conferem o regime de exceção a estas variações, expondo de forma clara aos familiares e clientes o carácter individual desta decisão, confinando a sua validade ao seu turno, passando a responsabilidade da decisão, noutros turnos, para o enfermeiro em exercício de funções nesse momento (Farrell, Joseph & Schwartz-Barcott, 2005).

Face à sobrecarga de tarefas exigidas aos enfermeiros em UCI, que limita e condiciona a qualidade do seu desempenho, alguns autores sugerem a criação de um

novo papel na equipa profissional da UCI – o enfermeiro gestor da família – passando este a dedicar-se única e exclusivamente à satisfação e suporte dos familiares (Farrell, Joseph & Shwartz-Barcott, 2005).

### **A participação em procedimentos**

Os familiares demonstram vontade de permanecer junto da PSC em UCI e participar nos cuidados que lhe são prestados, extraindo benefícios destas experiências como já referido. Participar na prestação do cuidado físico à PSC, é percecionado pelos familiares como uma demonstração de afeto e amor, reafirmando a sua disponibilidade para auxiliar na sua recuperação, o que minimiza os sentimentos de impotência, culpa e afastamento que a doença e o internamento originam. Esta participação confere-lhes um sentimento de partilha da responsabilidade de consecução do cuidado, e de utilidade pelo contributo no alívio da carga de trabalho imposta aos profissionais. O envolvimento, a compreensão e o conhecimento acrescido sobre procedimentos, monitorizações e objetivos terapêuticos é outra das vantagens que os familiares referem quando assistem no cuidado, transmitindo-lhes confiança no empenho dos profissionais em desenvolver todos os esforços para assegurar a sobrevivência e recuperação do seu ente querido (Hammond, 1995; Gavaghan & Carroll, 2002; Demir, 2008).

Contudo, no que concerne à avaliação da perspetiva dos profissionais de saúde sobre este tema, os resultados científicos não são consensuais. Embora, a maioria dos profissionais dos serviços de cuidados intensivos, reconheça alguns benefícios nesta prática de proximidade, considera inadequada a sua implementação, alegando que a ausência de uma política institucional bem definida em relação a esta matéria pode originar uma divergência de comportamentos e ambiguidade de critérios, que pode justificar a resistência à sua aplicação (Demir, 2008). A instabilidade emocional e a ansiedade familiares, associadas ao agravamento do estado do cliente, a realização de um procedimento doloroso ou uma PCR, conduzem, por norma, à solicitação para o afastamento da família já que, para todos os profissionais que exercem funções em cuidados intensivos, a estabilidade e segurança do cliente é, invariavelmente, a máxima prioridade (Farrell, Joseph & Schwartz-Barcott, 2005).

Como obstáculos à implementação da prática de parceria de cuidados, são apontados, além da escassez de políticas institucionais que a regulem, o facto de a presença dos familiares poder interferir com o desempenho da equipa, causando nervosismo, desconforto e conflitos sustentados pela divergência de opiniões e condutas no seio da equipa multidisciplinar, bem como, constituir uma experiência traumática para indivíduos menos capacitados ou potenciar processos litigiosos médico-legais (Demir,

2008). Somam-se a estes fatores, o tempo e energia necessários à preparação da família, o compromisso da privacidade da PSC, fruto das condições físicas da maioria dos serviços e da exposição a que o cliente está sujeito no decurso de muitos destes procedimentos, bem como, a dificuldade em obter o consentimento da PSC relativamente a esta matéria e a dinâmica diária da UCI (Hammond, 1995).

De salientar porém que, todos os estudos demonstram que, dos profissionais que compõem a equipa multidisciplinar das UCI, os enfermeiros são os que mais frequentemente reconhecem a presença e participação como um direito das famílias da PSC, sendo também os que mais diligências desenvolvem no intuito de a implementar (Hammond, 1995; Gavaghan & Carroll, 2002; Kuzin et al., 2007; Demir, 2008).

Não sendo a presença e participação da família, em procedimentos e cuidados, um direito adquirido, é uma escolha da equipa que, podendo não ser apropriada em todas as circunstâncias, nem aplicável a todas as famílias, tem sempre implícita a avaliação e ponderação dos elementos da equipa de saúde. É dever dos profissionais demonstrar disponibilidade e abertura a estas práticas, desenvolvendo uma comunicação e educação eficaz e contínua aos familiares, de modo a dotá-los de competências para uma decisão consciente, minimizando o risco de complicações que daí possam advir (Hammond, 1995; Kuzin et al., 2007; Demir, 2008).

### **Os processos de tomada de decisão**

Contrariamente ao que vulgarmente se pensa, a essência da enfermagem de cuidados intensivos não está no ambiente ou na elevada concentração de equipamentos especiais, mas nos processos de tomada de decisão, baseados numa compreensão consistente das necessidades dos clientes e respetivas famílias (Vila & Rossi, 2002).

O estado de saúde extremamente frágil da PSC impõe uma série de condicionalismos que limitam a sua capacidade de autodeterminação e exercício de autonomia, pelo que é neste contexto que os enfermeiros se deparam mais frequentemente com casos de despersonalização do cuidado e situações em que, as exigências inerentes à prática clínica os obrigam a tomar partido. A tecnologia que permite restabelecer a saúde da PSC e sustentar a sua vida nos momentos em que esta é incapaz de o fazer, é a mesma que instaura nestes serviços uma prática rotineira de tomada de decisão em que, muitas vezes, o que está em causa é a vida (Santos, 2008).

A tomada de decisão em cuidados intensivos surge como forma de resolução de conflitos e como estratégia orientadora dos objetivos e orientações terapêuticas, devendo processar-se numa fase inicial com base numa reflexão conjunta entre os profissionais, sustentada nos princípios bioéticos fundamentais da beneficência, não maleficência,



autonomia e justiça (Santos, 2008). E posteriormente, numa reflexão e discussão conjunta entre profissionais e família, remetendo-a para um papel de destaque enquanto elemento representativo da vontade da PSC, por meio do princípio de substituição do julgamento, que tem subjacente a consideração pelo que o indivíduo faria se preservasse a sua capacidade de decisão. Assim, em parceria com a equipa, a família reflete e decide, em representação dos valores e preferências de tratamento da PSC, acerca de novas orientações terapêuticas e procedimentos, assumindo parte da responsabilidade pelas decisões e pelas consequências que daí possam advir, submetendo-se a elevados níveis de *stress*, que se mantêm, e muitas vezes se agravam, após o término do internamento na UCI, sobretudo em situações de fim de vida (Curtis & White, 2008; Mularski, 2008; Chaves & Massarollo, 2009; Daly et al., 2010; Wiegand, 2012).

A comunicação e relação interpessoal adequadas entre os profissionais de saúde que compõem a equipa e os familiares, são requisitos fundamentais no desenrolar do processo de tomada de decisão em UCI, contudo, múltiplos estudos demonstram que não são a realidade da maioria destes serviços (Curtis & White, 2008). Os processos de tomada de decisão devem basear-se no desenvolvimento de uma interação sólida, que origine compreensão e conhecimento da família e reconhecimento dos papéis dos múltiplos intervenientes no processo, de modo a possibilitar uma negociação franca, capaz de cruzar os objetivos do cuidar e as estratégias que melhor respondem às necessidades da PSC e familiares, proporcionando a ambos o melhor bem-estar possível. Em suma, é imperativo que estes processos tenham por base a parceria de cuidados (Mendes, 2010).

Os familiares dos clientes internados em UCI descrevem os processos de tomada de decisão como extremamente difíceis, muitas vezes os mais difíceis das suas vidas, intensos, dolorosos, devastadores e traumáticos (Wiegand, 2012). Se somarmos a estes aspetos o *stress* físico e psicológico extremos, a que a família se encontra submetida desde o início da hospitalização, constatamos que a sua capacidade de julgamento e decisão em representação de outro estará fortemente condicionada, podendo interferir com o rumo do cuidado ao cliente. Portanto, uma boa interação entre a equipa e os familiares não só contribui positivamente para a adaptação desta à situação de crise como constitui um forte auxílio aos profissionais de saúde para ultrapassarem as condicionantes à tomada de decisão relativa à PSC, sem negligenciar a sua autonomia (Curtis & White, 2008; Siddiqui, Sheikh & Kamal, 2011).

Estas orientações mantêm-se mesmo em situações de fim de vida, recomendando-se que os profissionais da UCI avaliem as características e capacidades de cada família e desenvolvam, em função disso, um processo de educação, interação e

comunicação independente dos objetivos e finalidades terapêuticas, acompanhando-os no decurso de todo o internamento (Curtis & White, 2008; Wiegand, 2012). A compreensão inadequada da informação fornecida pela equipa multidisciplinar e o envolvimento em processos de tomada de decisão referentes a situações de fim de vida são fatores apontados como determinantes de risco no desenvolvimento de *stress* pós-traumático.

À semelhança de muitos outros aspetos do cuidar, a criação de um espaço propício ao desenvolvimento de uma interação positiva é mandatório. E a gestão de questões delicadas e com forte carácter subjetivo, como as relativas aos processos de tomada de decisão, requer formação e treino dos enfermeiros responsáveis por as levar a cabo, de modo a consciencializá-los da sua existência e otimizar a sua articulação e desempenho enquanto equipa, potenciando a abrangência e eficácia das suas intervenções (Silveira et al., 2005; Curtis & White, 2008).

A criação e definição de protocolos como guias orientadores e promotores de uma interação positiva deve ser promovida pelas instituições de saúde, por forma a uniformizar a intervenção dos profissionais de saúde, alertando as equipas multidisciplinares para a pertinência da reflexão conjunta sobre estas questões e assegurando uma intervenção precoce no intuito de promover uma relação de confiança que suporte o processo de tomada de decisão (Curtis & White, 2008; Wiegand, 2012).

### **Interação positiva**

O exercício da enfermagem concretiza-se na interação entre enfermeiros, clientes e famílias, e a visão dos enfermeiros sobre a enfermagem de família determina a qualidade do seu encontro com os familiares, ou seja, da interação (Benzein et al., 2008; Saveman, 2010).

Uma comunicação eficaz associada a um cuidado integrado origina e suporta a interação proativa, que produz múltiplos ganhos para todos os intervenientes no processo de cuidar. A interação positiva pode conduzir à redução dos tempos de internamento por meio da redefinição dos objetivos terapêuticos, face a doentes em estado muito grave, cujo potencial de reabilitação, com qualidade de vida, é muito limitado (Mularski, 2008). A ansiedade dos familiares dos clientes internados em UCI varia na razão inversa da comunicação, reafirmando que uma comunicação eficaz permite que os profissionais constituam um suporte consistente e efetivo para a família, no decorrer do internamento em UCI (Dowling & Wang, 2005), razão pela qual as estratégias implementadas devem abranger todos os membros da família (Söderström, Benzein & Saveman, 2003).

Inúmeros obstáculos emergem à consecução de uma interação positiva entre enfermeiro, clientes e familiares em UCI. Salientam-se, as barreiras institucionais (défices estruturais, condições físicas, recursos humanos e materiais), a ausência de políticas institucionais promotoras do envolvimento familiar, a escassa formação em enfermagem de família, a qualidade da comunicação no seio da equipa multidisciplinar, os preconceitos e crenças dos profissionais relativamente à integração da família, a incerteza face à evolução do estado clínico do cliente, o desconhecimento sobre as necessidades e características de cada família, a exclusão da família do processo de cuidar, o agravamento da condição clínica do cliente (que aumenta a sobrecarga emocional para a família) e as características pessoais de profissionais e familiares (Saveman, 2010).

As atitudes dos enfermeiros face à família podem caracterizar-se como convidativas ou não convidativas à interação com os familiares dos clientes internados em UCI (Söderstrom, Benzein & Saveman, 2003). De salientar que as habilidades relacionais e competências comunicacionais são consideradas, pela maioria dos profissionais de enfermagem, como aptidões adquiridas e aprimoradas em função do tempo e experiências pessoais e profissionais, constituindo um importante pré-requisito para o estabelecimento de uma interação positiva entre os intervenientes do processo de cuidar.

Consideram-se atitudes convidativas à interação: a predisposição e capacidade de observar e compreender o outro, recorrendo à intuição, competências e experiência para estabelecer a abordagem inicial e promover o primeiro contacto; estar presente; a capacidade de escuta; disponibilidade e interesse na aproximação e interação com o cliente e família; prontidão de resposta às questões colocadas; promoção do conforto; tocar e demonstrar emoções (confere um sentimento de proximidade e identificação entre as diferentes partes) e a adoção de uma postura que projete competência técnica (confere um sentimento de segurança a familiares e clientes) (Söderstrom, Benzein & Saveman, 2003). Silveira e col. (2005) somam a estes fatores a empatia e a idade avançada do familiar que estimula o contacto.

Os enfermeiros que estimulam uma comunicação proativa são, normalmente, confiantes no seu desempenho profissional, manifestam interesse e desejo de conhecer o cliente e os respetivos familiares pois reconhecem que esta atitude lhes vai permitir potenciar a eficácia da sua ação e economizar tempo no planeamento futuro dos cuidados. Na presença de uma boa dinâmica relacional, estes profissionais não temem o contacto, aproveitando todos os momentos possíveis para o estabelecer, manifestam prontidão em responder a questões, revelam melhor compreensão pelo sofrimento

familiar e maior sensibilidade às percepções e significados negativos atribuídos pelos familiares aos seus gestos e atitudes. Com frequência, adotam uma postura promotora do acesso livre ao doente, isenta de restrições, percebendo-a como uma forma de conduzir os profissionais à reflexão sobre o seu desempenho e conduta profissional, perspectivando a mudança de comportamentos como fator preditivo da melhoria da qualidade dos cuidados. Estes enfermeiros revelam-se, ainda, observadores de cariz excecional, demonstrando atenção à resposta dos familiares face à sua abordagem, reconhecendo gradualmente as necessidades e individualidade do doente e respetiva família e possuem uma grande capacidade de inovação e adaptação, que lhes permite reajustar continuamente a sua intervenção. Esta capacidade desenvolve-se pela reflexão pessoal e autoconhecimento, que possibilitam o reconhecimento das suas próprias necessidades, potencialidades, limitações e sentimentos, desenvolvendo individualmente estratégias capazes de lhes dar resposta, de modo a compreender e responder mais facilmente às dos outros (Söderström, Benzein & Saveman, 2003; Silveira et al., 2005; Santos & Silva, 2006). Este último aspeto é essencial para a condução de uma dinâmica relacional de índole positiva, dado que a interação com um cliente/família produz sempre efeitos, em ambos os intervenientes no processo, conduzindo por vezes ao confronto de significados culturais fruto das atitudes, valores e experiências individuais dos profissionais de saúde, dos clientes e das famílias, que podem comprometer a sua integridade na qualidade de pessoa individual. Assim, é perentória a garantia do equilíbrio no desenvolvimento de cada profissional, enquanto ser humano e pessoa singular, pois só alguém mentalmente são, com um código de conduta assente em valores e princípios bem definidos, é capaz de cuidar terapêuticamente de outras pessoas (Vila & Rossi, 2002).

Os enfermeiros que manifestam atitudes não convidativas à interação valorizam, sobretudo, a componente técnica do cuidado, tendem a rejeitar a experiência dos familiares. Consideram-se peritos na matéria, e assumem-se como figuras de autoridade, sentindo-se perturbados face a qualquer tentativa de interferência no seu trabalho. Limitam a informação a um ou dois familiares fixos, determinando que estes serão responsáveis por a fazer chegar à restante família, alegando pouca disponibilidade de tempo para o fazer. Na presença de familiares, sentem-se observados, adotando muitas vezes uma postura defensiva, convidando a família a abandonar o quarto para a realização de qualquer intervenção. Não revelam ou manifestam emoções e referem dificuldades em prestar suporte e conforto à família, pelo que optam por uma atitude de distanciamento, como forma de proteção individual. Referem que os familiares demonstram pouca confiança nas suas competências profissionais, assumindo

desagrado perante o seu desempenho, o que desperta em si sentimentos de medo e angústia, levando-os a limitar o contacto com familiares e clientes, às situações em que ele é estritamente necessário (Söderström, Benzein & Saveman, 2003). Os momentos de visita, em que os profissionais conversam com as famílias, são considerados os mais difíceis e cansativos dado que a solicitação de informações origina medo e desconforto, impondo-se o afastamento relacional como forma de proteção individual, transferindo a responsabilidade de informar para terceiros. A gravidade crescente do estado da PSC, pode contribuir para agravar estes comportamentos, somando-lhes sentimentos de constrangimento e insegurança, recurso a linguagem técnica, fornecimento de informações superficiais, alteração do tom de voz e uma abordagem formal e prudente como forma de assegurar o distanciamento (Santos & Silva, 2006).

A interação com os familiares da PSC é uma tarefa complexa e exigente para qualquer profissional, sendo que, mesmo os mais recetivos a uma comunicação proativa, referem dificuldades em fornecer algumas informações e gerir os familiares no decurso dos períodos de visita. Como forma de salvaguardar o seu desempenho, enfatizam a necessidade de fornecer informações claras e precisas, que possibilitem aos familiares compreender a gravidade da situação e consideram sua responsabilidade certificar-se do seu correto entendimento (Söderström, Benzein & Saveman, 2003; Silveira et al., 2005).

No intuito de garantir uma interação eficaz, é fundamental a aproximação entre os intervenientes no processo de cuidar. Esta fomenta-se no recurso a um conjunto de estratégias elementares, que devem integrar a rotina diária de prestação de cuidados. Contactos telefónicos diários entre familiares e enfermeiros, agendamento de reuniões (fora do horário de visita) entre a equipa de profissionais da UCI e os familiares para discussão dos objetivos terapêuticos e éticos do cuidar, fornecimento de informações sobre a situação de saúde da PSC e prognóstico, são algumas das práticas relacionais impulsionadoras da aproximação entre profissionais e familiares, por meio do diálogo e comunicação (Daly et al., 2010). Além disso, o ensino sobre estratégias alternativas de comunicação com o cliente (tais como, o recurso à mímica labial e facial, a escrita ou linguagem gestual, em clientes sob ventilação invasiva), o auxílio na sua implementação, e o facultar a presença do familiar na UCI o maior período de tempo possível (sempre que o cliente o deseje) por meio da flexibilização dos horários e tempos de visita, são outro tipo de estratégias que envolvem clientes e famílias na interação, promovendo a reintegração no sistema familiar (Silveira et al., 2005).

É incontestável que o cuidado humanizado e integrado à PSC, está comprometido enquanto a comunicação, a relação terapêutica e a parceria de cuidados, não constituírem a essência do cuidado em UCI (Silveira et al., 2005). Tudo isto pressupõe

mudança, sobretudo da atitude dos profissionais face às famílias (Saveman, 2010), devendo esta mudança processar-se em três vertentes fundamentais: formação em enfermagem de família, melhoria da comunicação entre os elementos que compõem a equipa multidisciplinar e no ultrapassar das barreiras institucionais.

A formação em enfermagem de família é decisiva na criação de um espaço de prestação de cuidados flexível e aberto à subjetividade do cliente e família, pelo seu carácter deliberativo na conduta de profissionais de saúde, clientes e respetivos familiares. A formação em enfermagem de família é fator preditivo de uma atitude proativa face à família da PSC em UCI, promovendo um desempenho profissional seguro e competente, motivador da parceria de cuidados. Whyte (1997) e Saveman (2010) salientam as vantagens implícitas ao ensinar os enfermeiros a “pensar a família”, enfatizando que a experiência prática e o conhecimento teórico no âmbito da enfermagem de família, na formação de base e pós-graduada, contribuem para aumentar a preparação dos profissionais no desenvolvimento de atividades e implementação de estratégias neste âmbito, aumentando a sua autoconfiança no contacto direto com as famílias.

A exploração e discussão do conceito e múltiplas dimensões da família, bem como, o contacto, reflexão e aplicação dos instrumentos destinados à avaliação familiar, despojará os enfermeiros dos medos e preconceitos que limitam a sua aproximação à família. Dotando-os das competências necessárias para a identificação precoce e objetiva do domínio familiar em desequilíbrio e para o planeamento e intervenção ajustados às necessidades específicas de cada família, proporcionando-lhes um cuidado de qualidade que contribuirá impreterivelmente para a satisfação e realização familiar (El-Masri & Fox-Wasylyshyn, 2007; Lee et al., 2010; Oliveira, Silva & Vilaça, 2010).

Apesar do reconhecimento universal da posição central que a família deve ocupar na prestação de cuidados de saúde, verifica-se que poucas escolas contemplam a enfermagem de família nos programas curriculares. Por conseguinte, a maioria dos enfermeiros não recebeu formação escolar académica nesta área, continuando esta a centrar-se em práticas clínicas que giram em torno do indivíduo e não da família, como um todo (Hanson, 2005).

Em síntese, a formação especializada em enfermagem de família potencia uma visão integradora do cliente, saúde, ambiente e cuidados. A ausência ou escassez deste tipo de formação dificulta a avaliação das famílias e das suas necessidades, condicionando a aplicação dos instrumentos que se destinam a esse fim e, por conseguinte, o planeamento e implementação de qualquer intervenção neste contexto (Silva, 2009). Emerge a necessidade de um novo modelo de atuação que vise a formação dos profissionais e a reflexão sobre o modo como decorre a interação com a

família, consciencializando-os da necessidade efetiva de reestruturação profissional e institucional, criando um ambiente propício à criação e desenvolvimento de estratégias promotoras do acolhimento e integração da família nos cuidados (El-Masri & Fox-Wasylyshyn, 2007; Urizzi & Corrêa, 2007). A formação dos profissionais nesta matéria criará nos contextos da prática, as condições necessárias para a abertura dos enfermeiros ao desenvolvimento de uma atitude de suporte face à família, aumentando a sua satisfação com os cuidados prestados (Benzein et al., 2008).

A comunicação entre os elementos que integram a equipa multidisciplinar é outro fator fundamental para uma relação interpessoal positiva em UCI. Na interação com os restantes elementos da equipa multidisciplinar, os enfermeiros de cuidados intensivos desenvolvem uma forte compreensão mútua (Benito et al., 2003), criando um espaço para a partilha de experiências e procura de significados para as situações difíceis que experienciam. Refletem em conjunto sobre as dificuldades, dúvidas, défices e fragilidades pessoais e profissionais. Redefinem-se como pessoas, desenvolvendo uma perspetiva transpessoal do cuidado que lhes permite ultrapassar os seus limites pessoais, na avaliação da família e do cliente alvo dos cuidados (Nascimento & Erdmann, 2009). Uma interação dinâmica, aberta e eficaz promove o trabalho em equipa e minimiza os conflitos, inerentes à necessidade de conjugação de uma extensa multiplicidade de formas de ser e estar que caracterizam cada um dos elementos que compõem a equipa, não só como profissionais mas como pessoas.

A ausência de trabalho em equipa promove o *stress* e frustração entre os elementos da equipa, potenciando a desmotivação e o desenvolvimento de relações inadequadas entre os seus membros (Leite & Vila, 2005), repercutindo-se negativamente na qualidade dos cuidados prestados.

A transmissão de informações, consistentes e representativas da decisão da equipa, pressupõe a sua prévia discussão e reflexão pelos diferentes elementos que asseguram a prestação de cuidados. Tal não se verifica, na maioria dos serviços, continuando a estar patente uma cultura comunicacional fortemente influenciada pelos valores individuais e culturais de cada profissional, a perspetiva pessoal do cuidado e as suas competências e características comunicacionais. Isto conduz, a múltiplas formas de atuação e perceção dos objetivos do cuidar, podendo a discussão e reflexão sobre as mesmas conduzir a situações de *stress* e conflito. Uma má gestão da comunicação entre a equipa multidisciplinar origina conflito e *stress* nas relações que se estabelecem entre eles, potenciando o risco de se fornecerem informações contraditórias aos familiares (Aslakson et al., 2010).

Em suma, uma interação positiva entre a equipa multiprofissional da UCI, é o caminho para promover a qualidade dos cuidados e das relações humanas, em contexto de cuidados intensivos (Leite & Vila, 2005).

No que concerne às políticas institucionais, a dinâmica de funcionamento das instituições de saúde conduz à implementação de regras e padronização de rotinas que condicionam o desenvolvimento dos procedimentos, admissões, altas e permanência na UCI. Estas dinâmicas, funcionam como micro resistências que limitam a amplitude das intervenções em prol do cuidado humanizado e integrado ajustado às necessidades individuais de cada cliente e família. No entanto, estas fronteiras institucionais, que se fecham para as experiências subjetivas da família e se abrem para o normativo e prescrito, não são impossíveis de transpor. Requerem, apenas, uma intervenção dirigida que fomente a importância da mudança e que pode, no início, nascer em cada serviço, tendo na sua génese um grupo de iniciativas individuais, e evoluindo de forma a abranger instâncias de maior poder, dentro de cada instituição e mesmo governamentais (Monticelli & Boehs, 2007).

A definição de uma conceção de cuidado clara e objetiva, por parte das entidades governamentais e instituições, com orientações precisas e protocoladas que sirvam de sustentação à tomada de decisão dos profissionais em potenciais situações de conflito, comporta múltiplas vantagens. Pode fornecer um contributo importante na manutenção da segurança e uniformização do desempenho dos profissionais de saúde, minimizando as repercussões negativas (pessoais, profissionais, para o cliente e para a família) do conflito que pode surgir no confronto de culturas ou dos códigos de conduta pessoal e profissional, aumentando a satisfação familiar, a motivação profissional e a qualidade da assistência em saúde, pela construção da verdadeira relação terapêutica.

Em suma, o reconhecimento da individualidade e subjetividade das necessidades de cada família remete para a inexistência de estratégias universais promotoras de um benefício universal. Muitos estudos indicam que o desenvolvimento de uma interação positiva entre os intervenientes nos processos de cuidar assenta numa comunicação ótima, proativa e eficaz, e culmina numa relação com potencial terapêutico de excelência, construída numa parceria de cuidados, que vai de encontro às exigências em saúde e preferências de clientes e famílias, compondo-se assim um cuidado holístico, integrado e humanizado, que tem por objetivo último a preservação da máxima qualidade de vida para os intervenientes (Aslakson et al., 2010; Daly et al., 2010).



## 1.2. TEORIA DO ALCANCE DE METAS DE IMOGENE KING

Uma teoria em enfermagem define-se como a conceptualização de aspetos da realidade da enfermagem comunicados com a finalidade de descrever, explicar, diagnosticar e/ou prescrever cuidados de enfermagem. Um modelo conceptual “(...) é um arcabouço ou quadro de conceitos e proposições gerais e abstratas, que fornece uma estrutura de referência ou perspectiva distinta em um domínio de investigação específico.” (Moreira & Araújo, 2002, p. 98). As teorias constroem-se a partir de uma prática idealizada, no intuito de aperfeiçoar a assistência (Moreira, Araújo & Pagliuca, 2001).

Moura e Pagliuca (2004, p. 271) salientam que

[o] uso da teoria apoia os enfermeiros na definição de seus papéis, no melhor conhecimento da realidade e consequente adequação e qualidade do desempenho profissional, proporcionando aos clientes submeter-se a procedimentos e cuidados com menos danos possíveis.

As teorias projetam uma visão sistémica sobre um fenómeno constituindo uma fundamentação científica para as ações realizadas pelos enfermeiros, decorrentes desse fenómeno. A humanização do cuidado deve processar-se por meio de uma conceção de cuidado que integra a pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e comunidade, e que visa criar as condições propícias ao desenvolvimento e otimização das suas potencialidades (DL nº 104/1998). Imogene King partilha esta conceção de cuidado e sugere que a relação interpessoal entre enfermeiros e clientes é o caminho para a sua implementação, enaltecendo a interação como o único meio pelo qual a relação terapêutica se concretiza.

A teoria do alcance de metas de King surge numa tentativa de esclarecer os processos por meio dos quais os enfermeiros desenvolvem, fundamentam e concretizam as intervenções de enfermagem e pelos quais regem a sua tomada de decisão. Para esta autora, o objeto de estudo da enfermagem são as interações dos seres humanos com o meio ambiente. O equilíbrio desta interação possibilita à pessoa um estado de saúde que conduz ao correto desempenho dos seus papéis sociais, constituindo-se assim o cuidado ao ser humano – a grande meta da enfermagem (Moura & Pagliuca, 2004; Ingalls & Tourville, 2004). Em síntese, King assume a enfermagem como um processo interacional por natureza. Estas interações conduzem a transações no processo terapêutico que possibilitam a concretização de metas e objetivos.

Alguns dos conceitos fundamentais da Teoria de King, com pertinência para o estudo são:

- Enfermagem – processo de ação, reação e interação pelo qual o enfermeiro e o cliente partilham informações sobre as suas percepções acerca de uma situação (McEwen & Wills, 2009); nesta interação enfermeiro e cliente compartilham problemas e preocupações, definem metas e exploram os meios para as atingir (Moreira & Araújo, 2002; Moura & Pagliuca, 2004);
- Cliente – é um sistema único, total que integra percepções, ego, imagem corporal, tempo, espaço, crescimento e desenvolvimento ao longo da sua vida, que sofre variações e mudanças na sua estrutura influenciadas pela percepção de si mesmo; é um sistema aberto, com fronteiras permeáveis que permitem troca de matéria, energia e informação com o meio ambiente (Meleis, 2007); é um sujeito ativo no processo saúde-doença (Moura & Pagliuca, 2004); é alguém que não consegue desempenhar adequadamente as suas atividades diárias e assumir as responsabilidades inerentes aos seus papéis (Meleis, 2007);
- Problema de enfermagem – incapacidade do cliente atender às suas necessidades de vida diárias, de assumir os seus papéis, e a existência de objetivos e metas de cuidado que não são congruentes com as necessidades e lacunas identificadas pelo enfermeiro e a pessoa (Meleis, 2007);
- Relação terapêutica – ganha forma nas transações, ou seja, por intermédio de um processo de informação, partilha, definição de objetivos comuns, participação nos processos de tomada de decisão e definição de metas, o indivíduo supera a dificuldade, e desenvolve capacidades para satisfação das suas próprias necessidades, tornando-se capaz de executar adequadamente os seus papéis (Meleis, 2007);
- Interação – processo de percepção e comunicação entre pessoa e ambiente, e entre pessoas, representado por comportamentos verbais e não verbais dirigidos à meta (McEwen & Wills, 2009); este processo pressupõe que: as percepções de enfermeiros e clientes influenciam a interação; que o cliente tem direito a ter conhecimento sobre si mesmo e participar das decisões que influenciam a sua vida; que o enfermeiro tem a responsabilidade de dotar o cliente das informações necessárias para o auxiliar no processo de tomada de decisão (Moura & Pagliuca, 2004);
- Comunicação – é o processo pelo qual a informação é passada de uma pessoa para a outra, de forma direta ou indireta, envolvendo intercâmbios intra e interpessoais (McEwen & Wills, 2009); uma comunicação assertiva e adequada possibilita o estabelecimento de uma relação de confiança e entendimento com o outro, que irá beneficiar a identificação de necessidades e potencialidades que

serão posteriormente trabalhadas para o alcance das metas estipuladas (Moura & Pagliuca, 2004);

- Transação – é o comportamento humano dirigido à meta (McEwen & Wills, 2009); acontece a par do envolvimento e participação ativa das pessoas nos eventos, possibilita o alcançar de metas, originando uma mudança nos indivíduos, por meio da interação, que reduz o *stress* numa adaptação ou mudança (Moreira & Araújo, 2002);
- Stress – estado dinâmico no qual a pessoa interage com o ambiente para manter o equilíbrio, visando o crescimento, desenvolvimento e desempenho; é o intercâmbio da informação entre o ser humano e o ambiente a regulação e o controlo dos fatores de *stress* (McEwen & Wills, 2009); impõe que a enfermeira se conheça em profundidade e compreenda, na perfeição, a estrutura e definição das relações sociais, orientando a interação e comunicação em função de regras, comportamentos e ações que viabilizem a relação terapêutica com cada cliente, constituindo-a como uma fonte de apoio para o cliente na superação das suas próprias dificuldades e obstáculos (Moreira & Araújo, 2002);
- Tomada de decisão – é o julgamento que determina o curso da ação a ser desenvolvida em situações específicas. “As decisões são situacionais e dirigidas a metas, compondo um processo contínuo, que envolve uma situação, estado ou problema” (Moreira & Araújo, 2002, p. 100). Os processos de tomada de decisão são uma constante em enfermagem e impõem informação partilhada, conhecimento e habilidades relacionais.

Das preposições teóricas da teoria do alcance de metas, emana a importância da intencionalidade terapêutica no processo de interação em enfermagem, enquanto momento para estabelecimento de objetivos com os clientes do cuidado e definição dos meios para os alcançar. A concordância entre objetivos e meios conduzirá ao alcance das metas, viabilizando transações com vista ao restabelecimento da saúde (Moura & Pagliuca, 2004).

Na figura 1 sintetiza-se o modo como decorre este processo de interação entre enfermeiro e cliente, na perspetiva de Imogene King.

**Figura 1 – A Teoria de Alcance de Metas de Imogene King**

Fonte: Moreira e Araújo, 2002, p.101



Efetivamente, cada pessoa em interação

(...) traz diferentes ideias, atitudes e percepções a serem trocadas; cada um faz um julgamento, agindo mentalmente ou decidindo agir. Depois cada um reage ao outro e à situação (percepção, julgamento, ação, reação) para o alcance de metas ou transação (Moura & Pagliuca, 2004, p. 275).

O processo de enfermagem é o caminho a percorrer para o culminar do processo transacional. Pressupõe um contínuo de ação, reação, interação e transação entre enfermeiro e cliente, pautado pelo diagnóstico e resolução de problemas que será alcançado se ocorrer uma interação efetiva entre ambos. Este processo, compreende as seguintes etapas:

- interação inicial – contacto inicial que induz uma reação entre enfermeira e cliente. É extremamente influenciada pela percepção que um tem do outro e pela comunicação que se estabelece entre eles;
- diagnóstico das necessidades de cuidados – deve ser ajustado a cada cliente;
- estabelecimento de metas comuns à enfermeira e ao cliente – com base nos diagnósticos identificados e acordadas entre os intervenientes;
- exploração e viabilização dos meios – para alcançar as metas traçadas, devendo existir concordância entre as partes sobre os meios;
- evolução – por meio de uma avaliação contínua do alcance das metas, desenvolvendo a capacidade do cliente para enfrentar problemas, promovendo um adequado desempenho de papéis. Esta etapa pode incluir a redefinição de metas quando necessário (Moreira, Araújo & Pagliuca, 2001; Moreira & Araújo, 2002).

No decurso do processo de enfermagem ocorrem interações, intencionais, entre enfermeiros e clientes, com o objetivo de partilhar informações, delinear objetivos comuns, promover a participação nos processos de tomada de decisão sobre as metas e os meios disponíveis para as atingir, implementando planos e procedendo à avaliação da sua evolução (Meleis, 2007). Em suma, é por intermédio do processo de enfermagem que os enfermeiros projetam e viabilizam o processo de cuidados. A interação, subjacente ao cuidado, possibilita ao enfermeiro otimizar, adequar e personalizar os cuidados prestados, consolidando uma relação que assume um potencial terapêutico (Sapeta, 2011).

De acordo com King (1981), a sua teoria é uma forma de pensar o mundo real da prestação de cuidados, contribuindo para a clarificação de alguns conceitos fundamentais que orientam a prática de cuidados.

A aplicação da teoria de King nos contextos da prática reuniu opiniões divergentes. Múltiplos autores reconhecem-lhe pertinência e valor, encarando-a como uma forma de sustentar a tomada de decisão informada em enfermagem (Tomey & Alligood, 2007), reconhecem-lhe versatilidade e minúcia na descrição do processo de interação (Moreira, Araújo & Pagliuca, 2001) ou perspetivam-na como uma mais-valia na organização e sistematização do trabalho em enfermagem (Montezeli et al., 2009). Outros questionam a sua aplicabilidade e abrangência, alegando que pressupõe capacidade de interação competente, consciente e autónoma, não sendo aplicável em contextos em que exista um compromisso reconhecido da capacidade de decisão e consciência (por exemplo, em clientes que sofrem de doenças mentais ou que se encontrem em estado de coma) (Meleis, 2007).

A introdução desta teoria, no presente estudo, não pretende mascarar as suas limitações nem validar ou certificar o seu alcance, rigor ou extensão. A teoria de King contextualiza-se neste estudo por espelhar uma conceção de cuidado assente em conceitos fulcrais no âmbito da humanização do cuidado à PSC, em UCI, nomeadamente interação, relação terapêutica, comunicação e tomada de decisão. A autora considera e valoriza a importância da participação e envolvimento do cliente, e posteriormente da família, no cuidado e nos processos de tomada de decisão, como forma de concretizar objetivos e metas terapêuticas, que possibilitem a cada indivíduo ultrapassar a crise em que se encontra e responsabilizar-se pelo desempenho adequado dos seus papéis. A teoria de King é reveladora da importância que a autora atribuía ao envolvimento dos clientes no cuidado e nos processos de tomada de decisão e à importância da sua colaboração na humanização da relação terapêutica entre enfermeiro e cliente (Meleis, 2007). Os enfermeiros em UCI partilham estas demandas na qualidade de prestadores

de um cuidado holístico. Têm o dever de identificar e procurar satisfazer as necessidades dos seus clientes e respetivos familiares, orientando-os no desenvolvimento de estratégias que os tornem aptos a enfrentar e ultrapassar os fatores de *stress* subsequentes a um internamento súbito em UCI, promovendo a reorganização e adaptação familiar, com vista ao retomar da sua estabilidade emocional, garantindo o seu máximo bem-estar (Gavaghan & Carroll, 2002). A humanização dos cuidados em UCI pressupõe reconhecimento, integração, envolvimento e concretização de um cuidado que satisfaça as necessidades dos familiares, otimizando as suas competências na gestão da crise despoletada pela doença grave, de modo a promover e preservar a estabilidade e equilíbrio do sistema familiar, com vista ao seu bem-estar e à recuperação da PSC.

Perante a alegada exigência de uma capacidade de interação competente, consciente e autónoma, King salienta que o enfermeiro tem o dever de procurar continuamente desenvolver as suas habilidades e competências, munindo-se do conhecimento necessário a uma intervenção de qualidade, devendo por esta razão, nos casos em que a comunicação verbal se encontra condicionada, desenvolver estratégias alternativas e sistematizadas de interação, tais como a comunicação não verbal, tornando-se capaz, por intermédio do conhecimento aprofundado sobre o cliente, de compreender e interpretar as informações que este lhe transmite de forma não verbal (King, 1994, cit. por Tomey & Alligood, 2007). Os enfermeiros não devem limitar-se a receber indicações empíricas sobre como desenvolver o processo de interação com a família da PSC em UCI. O elevado nível de competências técnicas e teóricas que caracteriza os enfermeiros de cuidados intensivos deve servir de motivação para os conduzir à exploração destas questões com base numa reflexão coletiva e crítica sobre as suas atitudes à luz do conhecimento já existente sobre a matéria. Só assim, poderão ser reformuladas, reestruturadas e viabilizadas as práticas relacionais dos enfermeiros com os familiares da PSC, em UCI.

A teoria de King é um guia orientador da prática de cuidados na busca de uma interação positiva e promoção de um relacionamento terapêutico eficaz, dando um contributo crucial para a compreensão dos fatores que interferem no processo de interação e das estratégias que poderão minimizar a sua influência, constituindo-se como uma mais-valia não só na definição e construção do corpo de conhecimentos da enfermagem, mas também na organização e estruturação da prestação de cuidados.

## **2. A FAMÍLIA EM CUIDADOS INTENSIVOS**

O conceito de família não é estável, definitivo ou consensual, sofrendo múltiplas variações ao longo do tempo. Assume diferentes representações, de acordo com a perspectiva de cada indivíduo ou cultura, revestindo-se de inúmeras formas em função de vínculos biológicos, estatutos legais ou religiosos, refletindo as mudanças económicas, sociais, políticas e culturais, fruto da metamorfose permanente de que são alvo as sociedades contemporâneas (OE, 2008).

A sociedade portuguesa reflete esta realidade, sofrendo múltiplas transformações ao longo dos anos, que conduziram a mudanças na estrutura e organização familiares. Estas mudanças impõem uma nova conceção de família, caracterizada pela diversidade de interações conjugais e por uma maior abrangência no que se relaciona com os seus elementos constituintes, mesmo no âmbito das famílias tradicionais, como as famílias nucleares. Todavia, a família mantém-se como uma unidade emocional e afetiva, caracterizando-se essencialmente pelas suas dimensões psicológica e social. As famílias continuam a ser espaços privilegiados de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus membros constituindo-se, elas mesmas, como unidades com capacidade auto-organizativa (Figueiredo, 2009). Enquanto unidade, a família exerce uma importante influência no modo como cada indivíduo gere e vivencia um diagnóstico de doença, facto que a torna num elemento importante a considerar no planeamento e prestação de cuidados (Gavaghan & Carroll, 2002; Holden, Harrinson & Johnson, 2002; Saveman, 2010; Karlsson et al., 2011).

Procurando compreender a realidade contemporânea, no que concerne à integração da família no âmbito da prestação de cuidados em UCI faz-se, em primeira instância, referência ao conceito de família e à pertinência da sua gradual inclusão no planeamento e prestação de cuidados de saúde. De seguida, procede-se à síntese das necessidades e dificuldades sentidas pelos familiares dos clientes internados em UCI, procurando-se compreender qual a sua perceção sobre os cuidados prestados, em particular, pelos enfermeiros.

### **2.1. CONCEITO DE FAMÍLIA**

É transversal a todas as culturas, épocas ou indivíduos a ideia de que a família é uma forma de organização social, composta por um conjunto de indivíduos que estabelecem relações entre si, articulando-se num sistema com organização, estrutura e funcionalidade específicas (Oliveira, Silva & Vilaça, 2010). Os membros de cada família

definem o seu próprio conjunto de significados, a sua hierarquia de poderes, formação e distribuição de afetos, o que lhes permite articular e desenvolver relações de carácter singular, que garantem a sua individualidade e certificam a sua autonomia (Dias, 2011).

Na atualidade, o conceito de família pressupõe abrangência, não podendo ser limitado a laços de consanguinidade, casamentos, parcerias sexuais ou adoções, enfatizando-se antes a qualidade das relações entre os seus membros, baseadas na confiança, suporte mútuo e destino comum (Hennessy & Gladin, 2006). Portanto, a família constitui-se por um conjunto de indivíduos, em interação permanente, motivada por consanguinidade, afetividade ou interesse, que convivem num determinado período de tempo, construindo uma história de vida única e irrepetível (Dias, 2011).

Independentemente do tipo, a família é sempre “...um conjunto de pessoas consideradas como uma unidade social, como um todo sistémico onde se estabelecem relações entre os membros e o meio exterior” (Dias, 2011, p. 141). Enquanto sistema dinâmico, a família não só assegura a sua sustentação e funcionalidade como, também, possibilita aos seus membros uma forma de integração social, articula-se com os restantes subsistemas onde cada indivíduo se insere e contribui para a construção de soluções integradoras dos seus membros nos múltiplos subsistemas sociais, facilitando a sua adaptação às mudanças no meio envolvente (Silva, 2009; Dias, 2011). Por esta razão, “[a] família é o elemento mais firme, mais seguro e mais estruturante da personalidade dos seus membros” (Dias, 2011, p. 154), conferindo a cada indivíduo uma representatividade única. McEwen e Wills (2009, p. 70) reforçam esta ideia, afirmando que:

a família é um sistema constituído por subsistemas e integrado em diversos sistemas, cuja multiplicidade, quer das configurações familiares, quer das interações mantidas entre os seus elementos e entre estes e o ambiente, confere-lhe unicidade num contexto de diversidade.

A comunicação e interação entre os elementos que compõem o sistema familiar constituem a sua base de sustentação, influenciando diretamente a qualidade das relações que se estabelecem, não só entre os membros da família, mas também entre estes e o meio social envolvente, sendo determinantes na manutenção do equilíbrio familiar e na integração social dos seus elementos. Uma comunicação ineficaz pode tornar a relação familiar insustentável, conduzindo ao declínio do sistema familiar e consequentemente ao fracasso da sua integração social (Dias, 2011). Perante o carácter interdependente e contínuo das relações que sustentam este sistema, em associação ao seu potencial modelador da personalidade de cada um dos seus membros, conclui-se que, qualquer desequilíbrio no sistema poderá causar dano no indivíduo e vice-versa,



estando subjacente à mudança uma repercussão sistémica do resultado (Gavaghan & Carroll, 2002; Dias, 2011).

Em consonância com estas conceções, nasce uma nova perspetiva dos serviços de saúde que pressupõe a humanização dos cuidados, requerendo que a massificação dê lugar à valorização da subjetividade individual no cuidado ao cliente e respetiva família. Cada pessoa deverá ser respeitada como um elemento com características únicas, inserido numa família e contexto social que lhe confere um cariz irrepetível no modo como se sente, saudável ou doente (Urizzi & Corrêa, 2007).

A família é determinante no modo como cada indivíduo gere e vive a doença, influenciando o seu processo de adaptação e recuperação. Em cuidados intensivos, a condição de debilidade extrema que caracteriza a PSC, a sua incapacidade de decisão e de exercício de autonomia e a consequente transferência deste poder para a família, aumentam o *stress* emocional da família, enfraquecendo a consistência do sistema familiar, numa fase em que é fundamental o seu equilíbrio e coesão no apoio ao seu ente querido.

A evidência atual comprova que a presença da família confere à PSC sentimentos de tranquilidade, relaxamento e segurança, que minimizam a ansiedade e *stress* impostos pelo ambiente e dinâmica da UCI. Muitos clientes referem mesmo que, após o contacto com a família, sentiram um reforço positivo que os motivou na manutenção da luta pela vida, incentivando-os a ultrapassar as dificuldades impostas pela doença (Saveman, 2010).

Uma vez que a família constitui uma unidade de saúde para os seus membros, com um referencial de atuação próprio perante situações de saúde e doença, os enfermeiros tem o compromisso e a obrigação ética e moral de envolver a família no processo de prestação de cuidados (Wright & Leahey, 2011). Cada família é detentora do seu próprio conhecimento e de um leque vasto de experiências que vão determinar o modo como interpretam e encaram este novo lugar que passou a integrar o seu quotidiano (Urizzi & Corrêa, 2007). Por esta razão, os familiares devem ser auxiliados, pelos profissionais de saúde, a desempenhar os seus papéis, enquanto elementos ativos no sistema familiar e na representatividade da PSC, devendo adotar-se medidas que promovam a expressão das suas necessidades e que possibilitem o seu envolvimento no planeamento e execução dos cuidados, como forma de potenciar a recuperação do indivíduo e a manutenção do equilíbrio familiar, no menor espaço de tempo e com o mínimo dano possível (Martins et al., 2008; Wright & Leahey, 2011).

## 2.2. NECESSIDADES DA FAMÍLIA

A hospitalização súbita e inadvertida, muitas vezes característica do internamento em UCI, constitui uma experiência traumática para os familiares da PSC. É indutora de ansiedade extrema, que se fundamenta no desconhecimento e incerteza da situação clínica do seu familiar, na imprevisibilidade da evolução do seu estado de saúde, nas dificuldades de comunicação impostas pelos dispositivos de suporte e alterações de consciência, e na dúvida sobre as próprias perspetivas de vida. Além disso, o inesperado compromisso de vida de um ente querido, a deslocação para um ambiente hostil e o curto espaço de tempo em que decorre todo este processo, submetem a família a uma destabilização extrema, que se repercute na sua capacidade de mobilização e organização face à crise que se instala, de forma inesperada, no seio familiar (Farrell, Joseph & Schwartz-Barcott, 2005; Cabrera et al., 2007a; Freitas, Kimura & Ferreira, 2007; Urizzi & Corrêa, 2007; Kinrade, Jackson & Tomnay, 2009). A impossibilidade de assegurar a rotina diária, a revisão de tarefas e papéis imposta pela incapacidade súbita de um dos seus membros e os condicionalismos económicos e laborais, são fatores que contribuem para agravar a crise familiar gerada pelo internamento, acentuando sentimentos de desamparo, desespero, impotência e culpa (Gomes, Trindade & Fidalgo 2009).

Aspetos como o conhecimento prévio do hospital e da UCI, a gravidade da condição da PSC, o grau de confiança nos profissionais que prestam cuidados e fornecem informações, a individualidade cultural de cada família e o modo como se processa a interação entre a família e os profissionais da UCI, influenciam os sentimentos, comportamentos e adaptação da família ao internamento (Martins et al., 2008). Todavia, apesar da subjetividade com que cada família vivencia e gere a crise originada pelo internamento em UCI, múltiplos estudos comprovam que as suas necessidades, ainda que priorizadas de forma diferente, são idênticas. As mais frequentemente citadas são:

- a necessidade de proximidade – os familiares valorizam a presença junto da PSC, um horário de visita flexível, uma sala de espera próxima do quarto de internamento e a disponibilização de um contacto telefónico direto para a UCI, durante 24 horas por dia;
- a necessidade de confiança – os familiares da PSC, prezam uma atitude disponível promotora da interação, com base numa comunicação aberta, franca e realista, transmissora de confiança nos cuidados prestados e esperança na recuperação;

- a necessidade de informação – os familiares, centram-se prioritariamente em informações adequadas, honestas e consistentes, numa linguagem ajustada à sua capacidade de compreensão, promotoras de esperança e esclarecedoras sobre o estado de saúde da PSC e o tratamento implementado;
- a necessidade de suporte – os familiares apreciam a preocupação que a equipa da UCI revela com o seu ente querido, particularmente nos contextos pediátricos, valorizando ainda o apoio psicológico e religioso. O suporte emocional proporcionado é considerado vital na preservação do seu bem-estar, sendo determinante na reorganização e restabelecimento do equilíbrio familiar;
- a necessidade de conforto – os familiares da PSC estimam o conforto nas salas de espera, importante para reduzir o *stress* que sentem nos longos períodos em que permanecem à entrada da UCI. O controlo dos ruídos, luzes e temperatura, a preservação da sua privacidade e a existência de fontes de distração, são outros aspetos que contribuem para o conforto familiar (Gavaghan & Carroll, 2002; Al-Hassan & Hweidi, 2004; Fox-Wasylyshyn, El-Masri & Williamson, 2005).

Face à debilidade da situação de saúde em que se encontra o seu ente querido, os familiares tendem a secundarizar as suas necessidades pessoais. Porém, ainda que preteridas, estas não deixam de existir, e a instabilidade que originam agudiza silenciosamente os desequilíbrios familiares despoletados pela hospitalização. Com frequência, os familiares sentem necessidade de expor os seus sentimentos, dialogar sobre as suas dúvidas e medos, ansiando pela oportunidade de participar no cuidado físico, almejam informação que lhes permita compreender melhor o ambiente e equipamentos que envolvem o doente na UCI, agonizando com a proximidade hipotética da morte (Gavaghan & Carroll, 2002).

É da responsabilidade dos enfermeiros da UCI assistir a família na gestão de todos estes processos, identificando as suas necessidades, desenvolvendo estratégias capazes de as satisfazer, contribuindo, de forma determinante, para a redução do impacto negativo que a doença possa ter no indivíduo e na família. Ao capacitarem a família para a gestão da crise, contribuem para a preservação do equilíbrio no sistema familiar, otimizam a sua capacidade de resposta às necessidades da PSC, aumentam o potencial de eficácia das medidas que visam promover a recuperação da mesma e, subsequentemente, viabilizam a excelência e qualidade da assistência em saúde (Wilkinson, 1995).

Em termos práticos, a maioria das famílias assume o papel de responsabilização pela PSC, priorizando o esclarecimento e satisfação das questões que os auxiliam na

execução desta tarefa e que possibilitam minorar a distância entre eles e garantir a segurança do cliente (Fox-Wasylyshyn, El-Masri & Williamson, 2005). Ao identificarem e desenvolverem intervenções com vista à resolução das dificuldades, os enfermeiros estarão a contribuir, de forma determinante, para o aumento da satisfação familiar com os cuidados prestados, colmatando um dos mais importantes indicadores de qualidade da assistência em saúde (Whyte, 1997). Contudo, a evidência científica demonstra que o grau de satisfação dos familiares com os cuidados prestados não é uma realidade absoluta e linear, no âmbito dos cuidados intensivos (OE, 2002). Assim, embora estudos mais recentes revelem índices de satisfação mais elevados, afirmam também que esta sofre variação significativa em função de múltiplos fatores subjacentes ao cliente, aos profissionais, à instituição e à própria família. Entre os fatores mais citados, salientam-se o estado de saúde e índice de gravidade do doente, os recursos humanos, materiais e de tempo, as características sociodemográficas dos familiares e profissionais, a qualidade da dinâmica relacional entre profissionais, família e cliente, entre outros (Stricker et al., 2009; Roberti & Fitzpatrick, 2010).

São fatores preditivos de maiores índices de satisfação dos familiares: o suporte emocional, a compreensão mútua, a qualidade do atendimento, o providenciar informação adequada e consistente, a realização de uma visita inicial para apresentação da UCI, a coordenação adequada dos cuidados, um rácio de doentes por enfermeiro inferior a três, a identificação clara dos papéis assumidos pelos diferentes elementos da equipa, o envolvimento da família no cuidar, disponibilizar o contacto da UCI 24h por dia, incentivar o contacto telefónico em situações de agravamento da condição da PSC, o envolvimento no tratamento pelo médico com quem a família mantém contacto, a implementação de um horário de visita flexível (Kinrade, Jackson, & Tomnay, 2009; Stricker et al., 2009; Roberti & Fitzpatrick, 2010) e a preocupação dos profissionais de enfermagem com as crianças, não só na qualidade de alvo dos cuidados, mas também quando constituem uma referência afetiva para a PSC e restante família (Al-Hassan & Hweidi, 2004; Fox-Wasylyshyn, El-Masri & Williamson, 2005). Famílias com níveis educacionais mais baixos, na presença de profissionais mais velhos e pacientes com critérios de gravidade mais elevados, tendem a apresentar índices de satisfação mais elevados, enfatizando que o nível de formação e informação, tendencialmente mais baixo neste grupo, torna-o menos exigente relativamente à qualidade dos cuidados prestados (Roberti & Fitzpatrick, 2010).

Num estudo comparativo entre as necessidades e o grau de satisfação dos familiares numa UCI de um hospital público e de um hospital privado, conclui-se que os familiares do hospital privado revelam maiores índices de satisfação. As diferenças entre

ambos acentuam-se nas questões relativas à informação e comunicação com a equipa multiprofissional, podendo este facto dever-se à limitação dos períodos de visita, ao reduzido contacto com a equipa médica, à escassez de estratégias promotoras de uma interação positiva entre familiares e profissionais e ao baixo nível educacional que caracteriza maioritariamente os beneficiários do serviço público (Freitas, Kimura & Ferreira, 2007). Evidenciam-se também as diferenças na priorização de necessidades entre os dois grupos, concluindo que os familiares da PSC internada na instituição pública se centram na informação sobre o estado clínico e no cumprimento do horário de visita, secundarizando o conforto da sala de espera e o alargamento do período de visita, considerados primordiais pelos familiares da PSC internada na instituição privada. A justificação para estas diferenças, pode residir no facto de os familiares dos clientes internados no hospital privado, detentores de níveis de educação e patamares socioeconómicos mais elevados, se encontrarem melhor informados sobre os seus direitos e o tipo de serviços de que podem usufruir, impondo elevados padrões de exigência, rigor e qualidade.

São indicadores de menores índices de satisfação: a escassa informação fornecida pela equipa profissional relativamente à evolução, prognóstico e diagnóstico da PSC, o desconforto das salas de espera destinadas às visitas, os elevados ratios doente/enfermeiro, a má coordenação dos cuidados e a acumulação de funções (particularmente administrativas) pelos enfermeiros (Cabrera et al., 2007b; Kinrade, Jackson & Tomnay, 2009; Stricker et al., 2009; Roberti & Fitzpatrick, 2010; Karlsson et al., 2011).

Na ótica da família, os enfermeiros encontram-se numa posição única de apoio e auxílio no desenvolvimento de estratégias que promovam a adaptação familiar à crise e a reorganização do sistema familiar (Fox-Wasylyshyn, El-Masri & Williamson, 2005). Contudo, os profissionais tendem a subvalorizar as necessidades das famílias, sobretudo no âmbito da comunicação, informação e apoio emocional, contribuindo para a sua insatisfação com os cuidados prestados (Cabrera et al., 2007a). Esta insatisfação interfere negativamente com o *stress* familiar, aumentando-o, o que se repercute na qualidade do apoio fornecido pela família à PSC, influenciando negativamente na sua recuperação (Cabrera et al., 2007b).

Estudos recentes sobre esta matéria indicam que existe ainda alguma discrepância entre as necessidades priorizadas pela família e a perceção dos enfermeiros sobre as mesmas (Cabrera et al., 2007a), o que é preocupante pois é certamente mais difícil satisfazer estas necessidades se elas não forem convenientemente reconhecidas. Assim, é inquestionável a pertinência da correta

identificação das necessidades dos familiares, no âmbito do cuidado à PSC, sendo necessário implementar estratégias com vista à sua satisfação, instituindo uma interação com potencial terapêutico que promova a recuperação da PSC e a manutenção ou restabelecimento do equilíbrio do sistema familiar.

Dowling e Wang, em 2005, conduziram a avaliação do impacto na satisfação familiar do “Critical Care Family Assistance Program”, que visava a implementação de um plano de intervenção, com base nas necessidades dos familiares da PSC em UCI, que promovesse a satisfação familiar e otimizasse mecanismos de adaptação à situação de crise originada pelo internamento. Este programa, considerava aspetos como a comunicação, o envolvimento na tomada de decisão, a segurança, a compreensão dos procedimentos, do tratamento e a correspondência dos profissionais da UCI às necessidades. As famílias entrevistadas revelaram elevados índices de satisfação, sobretudo com os cuidados de enfermagem.

Consideram-se, ainda, estratégias promotoras da satisfação familiar:

- a distribuição de folhetos na admissão, que contenham, numa linguagem perceptível, as regras básicas de funcionamento da UCI, os contactos disponíveis e um breve resumo descritivo do que se espera ser a participação e papel da família no decorrer do internamento na UCI. Este suporte, constitui um meio de sustentação da informação a reter, transmitida verbalmente, permitindo minimizar as dúvidas e o incumprimento de normas, que podem advir de um contacto inicial atribulado, comprometedor da capacidade de entendimento e compreensão (Cabrera et al., 2007b; Kinrade, Jackson & Tomnay, 2009);
- a designação de um enfermeiro de referência, como forma de personalizar o atendimento à família e facilitar a interação entre enfermeiros e família (Gomes, Trindade & Fidalgo, 2009);
- os grupos de suporte, desde a admissão e no decorrer de todo o internamento, pois constituem uma fonte de apoio emocional e de informação, possibilitando a partilha de experiências e o conhecimento de novas formas de adaptação e gestão da crise familiar (Gavaghan & Carroll, 2002; Oliveira et al., 2010);
- a participação da família nos cuidados, pois confere um sentimento de utilidade que contraria o sentimento de impotência que se instala face à dependência e gravidade da situação de saúde da PSC (Saveman, 2010). Além disso, promove a interação entre os familiares e os enfermeiros, constituindo uma excelente oportunidade para o conhecimento mútuo e a partilha de informações (Holden, Harrison & Johnson, 2002; Karlsson et al., 2011);

- o contacto e diálogo com a família, em sítios privados, longe da cabeceira do doente, sobre questões existenciais como a esperança ou o sofrimento, permitindo que se sintam parte integrante de uma relação de confiança, que funciona como um suporte e cura, conferindo-lhes uma oportunidade para aliviar o fardo que a doença representa e tomarem conhecimento de novas estratégias para se adaptarem e reorganizarem a sua rotina diária (Curtis & White, 2008; Saveman, 2010);
- as consultas de follow-up, que proporcionam o acompanhamento do cliente e família após a alta da UCI, possibilitando um diagnóstico precoce dos casos de *stress* pós-traumático (surge como consequência do internamento em UCI, afetando clientes e famílias) (Saveman, 2010).

A qualidade do cuidado e da relação interpessoal exige uma proximidade efetiva entre todos os intervenientes no processo de cuidar (Martins & Robazzi, 2009). A implementação deste tipo de estratégias promove uma interação positiva entre enfermeiro, PSC e família, dotando os familiares de competências para viver e ultrapassar a destabilização pessoal e familiar provocada pela passagem na UCI. Por conseguinte, é importante avaliar os contextos da prática de cuidados, compreender a perceção dos enfermeiros sobre a família e as suas necessidades, perceber o que é efetivamente feito no âmbito da assistência familiar em UCI, de modo a identificar os obstáculos ao seu desenvolvimento e implementar medidas que viabilizem e efetivem a integração da família no cuidado em UCI.





### **3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

A fase metodológica expõe o plano lógico definido pelo investigador no intuito de dar resposta às questões colocadas em função do fenómeno em estudo. Nesta etapa, define-se o projeto de investigação, discriminando de forma ordenada, sistemática e sequencial as etapas a percorrer, desde a definição do problema à obtenção dos resultados, certificando-se o rigor e validade dos conhecimentos adquiridos, pela seleção da abordagem que conduza ao menor enviesamento dos resultados (Fortin, 2009).

Neste capítulo, apresenta-se a justificação, a finalidade e os objetivos do estudo, bem como, o tipo de estudo, a população e o plano de amostragem, o instrumento de colheita de dados e as etapas em que foi construído, os métodos de colheita e de tratamento dos dados e, por último, as considerações éticas.

#### **3.1. JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO**

A investigação científica é um método particular de validação ou aquisição de conhecimentos, de forma sistemática e rigorosa, que possibilita a descrição e explicação de factos, acontecimentos ou fenómenos, do mundo real. Em enfermagem, deve idealmente centrar-se no domínio dos cuidados de enfermagem, com vista ao desenvolvimento do corpo de conhecimentos próprio desta disciplina, tendo implicações diretas ou indiretas na prática (Fortin, 2009).

Atualmente, a busca incessante da excelência nos serviços de assistência em saúde pressupõe um cuidado humanizado, em que a massificação dá lugar à individualização, partindo de um pressuposto fundamental - cada pessoa é um ser único, com características próprias, inserido numa família e contexto social específicos, que compõem, em uníssono, um todo sistémico, com uma dinâmica funcional e estrutural particular, que define e desenvolve cada indivíduo em todas as suas dimensões, conferindo-lhe um cariz único e irrepetível, inclusivamente no modo como se sente, saudável ou doente (Urizzi & Corrêa, 2007; Dias, 2011).

Há uma necessidade efetiva de centrar a investigação futura, no âmbito da enfermagem de família, na vertente relacional entre família e profissionais de saúde, considerando diferentes contextos e amostras capazes de refletir a complexidade e diversidade cultural das famílias contemporâneas, concentrando esforços no intuito de desenvolver e implementar métodos de intervenção objetivos, que visem colmatar as falhas na assistência em saúde às famílias e satisfazer as necessidades dos beneficiários dos serviços de saúde (Ganong, 2011).

Em cuidados intensivos a debilidade da PSC e os condicionalismos ao exercício da sua capacidade de autodeterminação e autonomia, conferem à família a obrigatoriedade da responsabilização e representatividade pela PSC, o que ameaça a integridade e normal funcionamento do sistema familiar, conduzindo-o à destabilização e crise estrutural e funcional. Estas circunstâncias colocam a família, a par do cliente, numa posição central em torno da qual gira a prestação de cuidados, conferindo-lhe, neste contexto, o papel de foco e parceiro no cuidado (Hanson & Boyd, 1996).

Aos enfermeiros das UCI compete a correta identificação e satisfação das necessidades do cliente e dos seus familiares, de modo a promover a adaptação da família à crise e potenciar a sua capacidade de apoio e sustentação da PSC, assegurando a qualidade e eficácia dos cuidados prestados. Contudo, considerando que não é suficiente conhecer as necessidades da família para as satisfazer, e assumindo que os enfermeiros são quem melhor conhece e avalia as suas competências e conduta, e gere de forma mais eficiente as suas fragilidades, promovendo uma ação mais consistente, fundamentada e eficaz em resposta às necessidades da família da PSC, considera-se fundamental desenvolver estudos que contribuam para identificar, clarificar e caracterizar a interação entre enfermeiros e família, de modo a possibilitar novas orientações e prioridades para uma prestação de cuidados de excelência, ajustada às necessidades reais de clientes e famílias, em UCI.

Apesar do crescente reconhecimento da importância da inclusão da família nos processos de cuidar, a evidência científica comprova que continua a ser um desafio o seu reconhecimento e implementação e que as UCI se constituem como as mais resistentes ao desenvolvimento de uma parceria de cuidados com a família (Tomlinson et al., 2002). Assim, porque a implementação do cuidado humanizado pressupõe uma revisão de atitudes, comportamentos, valores e ética moral e profissional (Vila & Rossi, 2002), urge o desenvolvimento de instrumentos que objetivem e avaliem a dinâmica relacional dos enfermeiros com as famílias, identificando os obstáculos que condicionam a sua transição da teoria para a prática (Saveman, 2010).

Somam-se a estes fatores, a escassez de evidência científica que caracterize a perspetiva dos enfermeiros portugueses relativamente à integração da família nos processos de cuidar, bem como, das estratégias e práticas comumente adotadas na interação com a família da PSC. Deste modo, a justificação para a consecução deste estudo prendeu-se com pertinência do seu potencial contributo para aumentar o conhecimento no âmbito da interação entre enfermeiros e familiares da PSC, procurando novas linhas de orientação e priorização do cuidado, subsidiando assim, a qualidade dos cuidados a prestar.

### **3.2. FINALIDADES E OBJETIVOS**

O estudo teve por finalidade identificar a percepção dos enfermeiros sobre a importância que atribuem e a frequência com que implementam práticas promotoras de interação positiva com os familiares da PSC, em UCI, no intuito, de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Segundo Fortin (2009, p. 40) “o objetivo é um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo. Pode tratar-se de explorar, de identificar, de descrever, ou ainda de explicar ou de prever tal ou tal fenómeno”.

Definiram-se como objetivos deste estudo:

- Construir um instrumento que permita avaliar a percepção dos enfermeiros sobre a frequência com que implementam as PREFUCI;
- Construir um instrumento que permita avaliar a percepção dos enfermeiros sobre a importância que atribuem às PREFUCI;
- Validar um instrumento que permita avaliar a percepção dos enfermeiros sobre a frequência com que implementam as PREFUCI;
- Validar um instrumento que permita avaliar a percepção dos enfermeiros sobre a importância que atribuem às PREFUCI;
- Identificar a percepção dos enfermeiros sobre a frequência com que implementam as PREFUCI;
- Identificar a percepção dos enfermeiros sobre a importância que atribuem às PREFUCI;
- Analisar a relação entre a importância que os enfermeiros atribuem e a frequência com que implementam as PREFUCI;

### **3.3. DESENHO DE INVESTIGAÇÃO**

O desenho de investigação corresponde ao plano e estratégia de investigação (Polit, Beck & Hungler, 2004; Fortin, 2009).

Atendendo à finalidade e aos objetivos previamente estabelecidos, desenvolveu-se um estudo metodológico, numa abordagem quantitativa. O cariz metodológico deste estudo deveu-se ao facto de fazer parte integrante do mesmo a construção e validação de um instrumento (Polit, Beck & Hungler, 2004), capaz de identificar, de forma sistemática e objetiva, a percepção dos enfermeiros sobre as práticas de interação positiva com os familiares da PSC, em UCI.

O estudo é exploratório-descritivo, de cariz correlacional. Segundo Fortin (2009, p. 138), os estudos exploratórios descritivos correlacionais podem “...servir para descrever fenómenos e encontrar relações (...)”. Neste estudo em particular, pretendeu-se descrever e caracterizar a interação entre enfermeiros e familiares da PSC em UCI, por meio da determinação da frequência com que os profissionais de enfermagem implementam as práticas relacionais com a família, bem como, da importância que atribuem a essas práticas, explorando as relações entre as mesmas, sem estabelecer necessariamente uma relação causa-efeito entre elas. No que respeita à temporalidade, o estudo é transversal, pois, a recolha de dados processa-se num único período (Ribeiro, 2010).

### **3.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**

De acordo com os objetivos estabelecidos, e uma vez que não se encontrou, na bibliografia disponível, um instrumento de avaliação da perceção dos enfermeiros sobre a importância que atribuem e a frequência com que implementam práticas relacionais promotoras de interação positiva, com os familiares da PSC, em UCI, construiu-se um questionário – PREFUCI (Anexo 1) – pois na ausência de instrumentos de medida apropriados ao estudo das variáveis em questão o investigador deve construir o seu próprio instrumento de medida (Fortin, 2009; Ribeiro, 2010). O questionário é um instrumento que permite atingir um elevado número de pessoas, é uma ferramenta económica e possibilita a confidencialidade dos dados, dado que não requer para o seu preenchimento a presença do investigador, contribuindo para minimizar o enviesamento dos resultados (Quivy & Campenhoudt, 2008; Fortin, 2009).

Segundo Fortin (2009) a construção de questionário processa-se em seis etapas distintas: a delimitação da informação pertinente a recolher, a formulação das questões, o estabelecimento da sequência das questões e do formato, a revisão do esboço do questionário, o teste piloto e a redação da introdução e das diretrizes.

#### **I – Delimitação da informação pertinente a recolher**

Nesta etapa o investigador deve realizar uma revisão da literatura detalhada de modo a precisar o conteúdo que pretende cobrir com questionário (Fortin, 2009; Ribeiro, 2010). Assim, procedeu-se à revisão da evidência científica disponível, no decurso da qual se identificaram, entre outros aspetos, cinco escalas, já construídas e validadas por outros investigadores, destinadas a avaliar as atitudes e necessidades de enfermeiros e famílias no âmbito da sua interação em UCI, nomeadamente:

- *Questionnaire pertaining to nurses perception of self-performance with families* (Hickey & Lewandowski, 1988);
- *Critical Care Satisfaction Survey* (CCFSS) (Wasser et al., 2001);
- *Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI) (Azoulay et al., 2002);
- *Family Satisfaction in the ICU* (FS-ICU 24) (Heyland et al., 2002);
- *Family perceptions of nurses roles toward family members of critically ill patients* (Fox-Wasylyshyn, El-Masri & Williamson, 2005).

Constatou-se que, a maioria dos instrumentos criados se destina à avaliação da percepção dos familiares sobre o processo de interação com a equipa da UCI, observou-se que o cerne da satisfação e adaptação dos familiares à crise originada pela hospitalização em UCI passa pela eficácia da relação terapêutica com a equipa de enfermagem, possibilitando-lhes a satisfação das suas necessidades e, por último, que no decorrer do seu exercício profissional muitos enfermeiros sentem dificuldade em estabelecer uma interação eficaz com os familiares dos clientes internados em UCI, sendo a relação interpessoal uma das suas maiores lacunas de desempenho.

A literatura disponível evidenciou que a interação entre os enfermeiros e os familiares da PSC decorre maioritariamente no momento da admissão na UCI (Schneider et al., 2008), bem como, no momento em que os enfermeiros fornecem informações à família (Azoulay et al., 2002; Saiote, 2010), no decurso do período de visita, sempre que se permite o envolvimento da família na prestação direta de cuidados (Gavaghan & Carroll, 2002; Monticelli & Boehs, 2007) e nos processos de tomada de decisão (Vila & Rossi, 2002; Santos, 2008).

Por conseguinte, a conceção do questionário ancorou no cruzamento dos itens das diferentes escalas mencionadas, necessidades dos familiares da PSC, principais momentos de interação entre família e enfermeiros em UCI, as práticas referidas por familiares e enfermeiros como promotoras de uma interação positiva, descritas na literatura, de forma a constituir um conjunto de itens que representam intervenções que os enfermeiros devem implementar no seu quotidiano, para promover a interação positiva com a família – práticas relacionais positivas com os familiares da PSC em UCI.

Pela reconhecida influência que as características pessoais, sociodemográficas e profissionais exercem no modo como os enfermeiros percecionam e desenvolvem o processo de interação com os familiares da PSC em UCI (El-Masri & Fox-Wasylyshyn, 2007; Santos & Guirardello, 2007; Dias, 2011), considerou-se pertinente incluir no questionário um conjunto de questões destinadas a recolher informação que permitisse essa caracterização, assim como, questões que ajudassem a clarificar a interação.

## II – Formulação e sequência das questões

Nesta etapa seleciona-se o tipo de questões a aplicar – questões de resposta fixa, de resposta livre, questões de facto ou de opinião – determinando-se posteriormente a sequência em que devem surgir, orientadas progressivamente do geral para o específico. Neste estudo, as questões foram formuladas de acordo com os critérios definidos por Fortin (2009). Embora o número de itens de uma escala possa ser variável, recomenda-se que esses valores oscilem entre 10 e 20 itens (Ribeiro, 2010). Deste modo, elaborou-se o questionário de avaliação “Práticas Relacionais dos enfermeiros com a família em UCI: frequência e importância (PREFUCI-F e PREFUCI-I respetivamente, Anexo 1), sendo constituído por duas partes:

- Parte I – composta por 13 questões, do tipo aberto, fechado e misto, no intuito de possibilitar a caracterização sócio demográfica, laboral e profissional. De acordo com os tópicos supracitados, incorporaram-se também questões que tinham por objetivo identificar a opinião dos enfermeiros sobre a sua dinâmica relacional com a família em UCI, as condições físicas da UCI e a relação com a equipa de enfermagem da UCI onde exercem funções;
- Parte II – integra duas escalas (PREFUCI-F e PREFUCI-I), de 17 afirmações (itens), que representam intervenções que deveriam ser implementadas pelos enfermeiros no seu quotidiano de interação com os familiares, no contexto da prestação de cuidados à PSC. Os itens que compõem as escalas são iguais, e pretende-se determinar a frequência e a importância que os enfermeiros atribuem às práticas promotoras de interação positiva com os familiares da PSC em UCI, através de uma escala tipo *Likert* de cinco pontos, por ser considerada das mais precisas para a avaliação de um fenómeno, nomeadamente de atitudes, características ou conceitos (Fortin,2009; Ribeiro, 2010). Na escala da frequência o valor: 1 corresponde a “Nunca”, o 2 a “Raramente”, o 3 a “Algumas vezes”, o 4 a “Frequentemente” e o 5 a “Sempre”. Na escala da importância, os valores variam de: 1 para “Nada importante”; 2 para “Pouco importante”; 3 para “Importante”; 4 para “Muito importante” e 5 para “Totalmente importante” (Figura 2).

**Figura 2 – Escalas PREFUCI-F e PREFUCI-I**

Legenda: 1 – Nunca 2 – Raramente 3 – Algumas Vezes 4 – Frequentemente 5 – Sempre						Legenda: 1 – Nada importante 2 – Pouco importante 3 – Importante 4 – Muito importante 5 – Totalmente importante				
1	2	3	4	5	- Identificar-se e apresentar-se (Nome e categoria profissional).	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	- Informar o que o familiar verá (aspeto do cliente, equipamento envolvente e dispositivos de suporte e monitorização).	1	2	3	4	5

Conforme o exemplo apresentado na figura 2, as escalas foram dispostas numa tabela composta por três colunas, colocando-se na coluna central as práticas relacionais em análise, dispondo as escalas tipo Likert nas colunas laterais, seguindo-se uma lógica vertical na disposição dos pontos em análise, de modo a proceder a uma gestão racional do espaço e de legibilidade, já que, a planificação do espaço tem implicações não só na gestão dos recursos disponíveis, mas também na adesão ao preenchimento do questionário (Moreira, 2004).

### III – Revisão do esboço do questionário

A revisão do esboço do questionário consiste em submeter a primeira redação do questionário à discussão e à crítica pelos colegas ou colaboradores de modo a detetar erros técnicos e gramaticais (Polit, Beck & Hungler, 2004; Fortin, 2009). Deste modo, submeteu-se o questionário à análise crítica do orientador e co-orientador da dissertação, com conhecimentos reconhecidos no âmbito da enfermagem de família e na construção e validação de escalas, de modo a detetar eventuais erros de construção e conteúdo (Scarparo et al., 2012), bem como, para avaliar se os itens introduzidos no questionário eram representativos do constructo que se pretendia medir (Ribeiro, 2010). Após esta análise, efetuaram-se as alterações, apresentadas no quadro 1.

**Quadro 1 – Alterações ao questionário após revisão por peritos**

Questionário	Alterações
<b>Parte I</b>	Introduzir as questões: 12 – Considera que as condições físicas da UCI são: facilitadoras do seu trabalho; dificultadoras do seu trabalho; não interferem no seu trabalho; 13 – Considera que a sua relação com os restantes elementos da equipa de enfermagem é: facilitadora do seu trabalho; dificultadora do seu trabalho; não interfere no seu trabalho;
<b>Parte II</b>	Subdividir o item 9 – Permitir a tomada de decisão partilhada com a família do cliente relativamente a procedimentos e atitudes terapêuticas, em dois: 9 – Permitir a tomada de decisão partilhada com a família do cliente relativamente a procedimentos. 10 – Permitir a tomada de decisão partilhada com a família do cliente relativamente a atitudes terapêuticas.

#### **IV – Teste piloto do questionário**

O teste piloto “... é um ensaio para determinar se o instrumento foi formulado com clareza, sem parcialidade e se é útil para a geração das informações desejadas.” (Polit, Beck & Hungler, 2004, p. 254). Além de avaliar a pertinência e eficácia do questionário, serve também para verificar se os termos são compreensíveis e desprovidos de equívocos, se as questões formuladas não são demasiado ambíguas, se permitem obter as informações pretendidas e se o questionário não é demasiado longo, provocando desinteresse ou irritação. Deve ser aplicado a uma pequena amostra da população, entre 10 a 30 sujeitos, que espelhem a diversidade da população visada (Fortin, 2009). O questionário PREFUCI foi aplicado, no decorrer do mês de fevereiro de 2012, a 20 enfermeiros que exerciam funções em UCI.

#### **V – Redação da introdução e diretrizes**

Elaborou-se um documento, a informação ao participante (Anexo 1), que incluiu uma breve explicação sobre a finalidade do estudo, os objetivos, a apresentação do investigador e respetivos contactos para eventuais esclarecimentos. No questionário incluíram-se breves instruções para o seu preenchimento.

### **3.5. PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS**

A colheita de dados consiste em recolher junto dos elementos que compõem a amostra as informações necessárias para dar resposta aos objetivos do estudo (Ribeiro, 2010). Nos estudos exploratórios-descritivos o investigador procura recolher a maior quantidade de informação possível, recorrendo a métodos de colheita de dados mais estruturados como é o caso do questionário (Fortin, 2009).

Após o parecer favorável dos conselhos de administração do CHSJ, CHVNG/E e ULSM, bem como, das respetivas comissões de ética (Anexo 3), o questionário PREFUCI foi aplicado aos enfermeiros dos serviços selecionados em três momentos:

- CHSJ – entre novembro de 2012 e janeiro de 2013;
- ULSM – entre fevereiro e março de 2013;
- CHVNG/E – entre março e abril de 2013.

Depois de uma reunião inicial com os enfermeiros responsáveis pelos serviços, acordou-se que estes ficariam responsáveis pela distribuição dos questionários aos elementos da sua equipa, pelo que, não houve qualquer contacto do investigador com os sujeitos em estudo. Anexou-se aos questionários a informação ao participante. Noutro



envelope, disponibilizou-se a declaração de consentimento informado (Anexo 2). Em concordância com os enfermeiros responsáveis de cada serviço foi fixada uma data para recolha dos questionários. Pela baixa adesão ao preenchimento dos mesmos, foi necessário alargá-la, com vista a aumentar o número de elementos da amostra. Foi ainda, comunicado aos enfermeiros responsáveis dos serviços a disponibilidade do investigador para se deslocar aos serviços, caso surgisse a necessidade de algum esclarecimento adicional, no decorrer do processo.

Considerou-se que a amostra deveria idealmente ser composta por 170 enfermeiros, pois Tinsley e Tinsley (1987, cit. por Ribeiro, 2010) salientam que numa escala composta por múltiplas variáveis a regra de determinação do tamanho mínimo da amostra basear-se-á no mínimo de 5 elementos por variável.

No total foram distribuídos 498 questionários, obtendo-se um total de 239 questionários preenchidos, eliminando-se 10, por não apresentarem resposta na totalidade de uma ou das duas escalas, o que corresponde a uma taxa de adesão de aproximadamente 48%.

Paralelamente, criou-se com recurso à ferramenta *Google Docs* o questionário PREFUCI, facultando-se o acesso direto ao mesmo através do link <https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?fromEmail=true&formkey=dENJUk4wVUpaV0FOMzVKQS00cExiUUE6MQ>, enviado por e-mail (Anexo 4) a enfermeiros que exerciam funções em UCI. Foram obtidos mais 10 questionários, perfazendo-se um total de 239 questionários com preenchimento válido. O período de colheita de dados através desta plataforma eletrónica teve início em dezembro de 2012 terminando em abril de 2013, a par do término da colheita presencial nos serviços.

### **3.6. TRATAMENTO DE DADOS**

Nesta etapa descrevem-se as operações efetuadas no intuito de verificar as características psicométricas do instrumento construído, nomeadamente a fidelidade e validade, bem como, os testes estatísticos utilizados no tratamento dos dados obtidos (Fortin, 2009; Ribeiro, 2010). A informação obtida foi processada e recodificada, sendo por fim compilada numa base de dados, recorrendo-se ao programa IBM SPSS (*International Business Machines Statistical Package for Social Science*) versão 21.0 para o processamento estatístico dos dados.

A estatística descritiva possibilita resumir os dados de um estudo, descrevendo as características da amostra, bem como descrever os valores obtidos pela medida das variáveis (Fortin, 2009). Neste estudo efetuou-se distribuição de frequências, medidas de

tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão) para organizar e sistematizar a informação recolhida.

No estudo das qualidades psicométricas da PREFUCI-F e PREFUCI-I, com o objetivo de proceder à determinação da validade de constructo, recorreu-se à análise fatorial (AF), através do método de extração dos fatores pela análise de componentes principais (ACP), seguida de rotação oblíqua (*Oblimin Direct*), com normalização Kaiser, no intuito de minimizar o número de variáveis com elevados pesos num fator (Dias, 2005), não delimitando *à priori* a interação entre fatores (Damásio, 2013). No sentido de apurar se estavam reunidos os critérios para a concretização da AF, a amostra foi mensurada pela medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e, o teste de esfericidade de Bartlett para testar a hipótese de matriz das correlações, de modo a aferir a qualidade das correlações entre as variáveis. Procedeu-se à verificação da matriz anti-imagem dado que, segundo Pestana e Gageiro (2005), as variáveis importantes na AF são aquelas que têm maior correlação linear entre si ou cujos valores anti-imagem sejam elevados na diagonal (MAS – *Measures of Sampling Adequacy*) e pequenos fora dela, portanto, “Valores de MAS inferiores a 0,5 indicam que essa variável não se ajusta à estrutura definida pelas outras variáveis e nesse caso deve considerar-se a sua eliminação da AF” (Maroco, 2011, p. 392).

A fidelidade foi determinada através do coeficiente alfa de Cronbach. Foi considerada uma probabilidade de erro máximo de 5% ( $p < 0.05$ ), sendo este o valor usado como a probabilidade de se decidir se algo é representativo da população ou não (Maroco, 2011). No cálculo das componentes principais (fatores) recorreu-se ao valor médio, atribuindo-se um *score* específico a cada fator, sendo o *score* global das escalas determinado pela média de todos os fatores. Dado que o instrumento foi construído de origem, considerou-se ainda a verificação da validade dos itens recorrendo à análise da consistência interna dos itens e da correlação do item com o total da escala a que pertence.

Considerando a totalidade de itens iniciais, procedeu-se à extração dos fatores, segundo o critério Kaiser (fatores com *eigenvalue* superior a 1), pois, pretendia-se que cada componente principal explicasse tanta variância quanto cada uma das variáveis originais (Maroco, 2011), não se determinando à partida o número de fatores a extrair. Por intermédio da rotação oblíqua, analisou-se a matriz padrão de correlações, que pela determinação dos níveis de saturação dos itens possibilitou a identificação do fator (F) a que mais se adequavam e melhor se inseriam. Para a orientação deste processo, consideraram-se adequados níveis de saturação superiores a 0,3 (Maroco, 2011), valorizando-se à partida os níveis de saturação mais elevados, caso um item saturasse

em mais do que um fator (à exceção dos casos em que a contextualização teórica não o permitisse).

Extraíram-se cinco fatores em cada escala, que explicaram 63,88% da variância total, na PREFUCI-F, e 65,77% da variância total, na PREFUCI-I. No entanto, o agrupamento dos itens por fator suscitou dúvidas do ponto de vista teórico e prático, segundo os critérios de retenção fatorial propostos por Ribeiro (2010), nomeadamente:

- do ponto de vista teórico, a título de exemplo, na PREFUCI-F os itens 3 (*“Informar sobre o estado de saúde do cliente.”*), 4 (*“Gerir o horário de visita.”*) e 5 (*“Gerir o número de visitantes de acordo com as necessidades do cliente/família.”*) surgiam agrupados no Fator 3, não se enquadrando teoricamente;
- por forma a produzir uma solução fatorial congruente teoricamente, teriam de ser excluídos em ambas as escalas os itens 1 (*“Identificar-se e apresentar-se (nome e categoria profissional)”*) e 3 (*“Informar sobre o estado de saúde do cliente.”*), passando os fatores F2, F3 e F4 a compor-se por apenas dois itens, devendo preferencialmente cada fator ser composto no mínimo por três itens, com uma carga fatorial que respeite a relação entre o valor da carga mais elevada com a menor (segundo a fórmula:  $C = \sqrt{H/2}$ , em que H é o valor do item com carga fatorial mais elevada e C o valor mínimo de carga fatorial aceitável para um item que define um fator).

Questionando-se a solução fatorial inicialmente encontrada e ambicionando-se uma solução fatorial mais coerente, sobretudo do ponto de vista teórico, decidiu-se testar o método de ACP com rotação oblíqua, determinando-se previamente o número de fatores a extrair, partindo da solução fatorial proposta por Tabachnick e Fidell (1996, cit. por Ribeiro, 2010), que define que a escolha do número de fatores a extrair resulta do número de variáveis a dividir por 3 ou por 5, desde que a amostra seja de grandes dimensões e o número de variáveis em estudo inferior a 40. Assim, a AF processou-se pelo método de ACP com extração forçada a três fatores, com rotação oblíqua e normalização Kaiser.

Por último, procedeu-se ao estudo correlacional, com o intuito de determinar a força e sentido das relações entre as práticas da PREFUCI-F e da PREFUCI-I, bem como, entre os fatores de ambas, e destes com o *score* global das mesmas. Assumiu-se que um r de Pearson menor que 0,20 indica uma associação linear muito baixa, entre 0,20 e 0,39 baixa, entre 0,4 e 0,69 moderada, entre 0,7 e 0,89 alta e, por fim, entre 0,9 e 1 uma associação muito alta (Pestana & Gageiro, 2005). O recurso aos métodos

paramétricos, nomeadamente ao Coeficiente de Correlação de Pearson, exige que a distribuição amostral seja do tipo normal. Por meio da aplicação do Teorema do limite central, a média amostral tende para a distribuição normal à medida que a dimensão das amostras aumenta, independentemente da distribuição da variável em estudo, utilizando-se como valor de referência 30 participantes (Maroco, 2011). Assim, neste estudo, assumiu-se que a distribuição da média amostral é satisfatoriamente aproximada à normal, dado que a amostra é composta por 239 enfermeiros, logo superior a 30, não sendo necessário proceder ao teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov (KS).

### **3.7. POPULAÇÃO E AMOSTRA**

Para a consecução do estudo, o investigador deve delimitar a população alvo e a população acessível, especificar os critérios de seleção, definir o plano de amostragem e determinar o tamanho da amostra, procedendo por fim à amostragem (Fortin, 2009).

A população alvo constitui-se pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção do investigador e para os quais este deseja fazer generalizações (Fortin, 2009). Os enfermeiros portugueses que exercem funções em cuidados intensivos constituíram a população alvo do estudo.

Contudo, na maioria das vezes, a população alvo não está ao alcance do investigador, pelo que se define a população acessível, que se compõe dos elementos representativos da população alvo, acessíveis ao investigador (Polit, Beck & Hungler, 2004; Fortin, 2009). Os enfermeiros portugueses que exercem funções em cuidados intensivos no Centro Hospitalar de S. João, E.P.E. (CHSJ), no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E. (CHVNG/E) e na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), constituíram a população acessível.

Selecionou-se uma amostra não probabilística que, segundo Fortin (2009, p. 208), é um tipo de amostra em que “...cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra”. Dos métodos disponíveis optou-se pela amostragem de conveniência ou acidental, elegendo como sujeitos da amostra os elementos da população que estavam disponíveis e acessíveis ao investigador. Definiram-se os seguintes critérios de inclusão na amostra:

- ser enfermeiro;
- exercer funções numa UCI;
- aceitar participar de forma livre e esclarecida no estudo;
- não ter participado no estudo piloto do questionário.

Os enfermeiros dos centros hospitalares da região do Porto, com maior número de UCI, de adultos ou pediátricas, e cujas comissões de ética emitiram pareceres positivos sobre o estudo, foram selecionados para constituir a amostra em estudo, num total estimado de 498 enfermeiros.

Numa fase posterior, pela necessidade de uma amostra de grandes dimensões, na tentativa de minimizar o erro amostral, que tende a ser maior em amostras menores (Burns & Grove, 2004) recorreu-se a outra variante da amostragem de conveniência – a amostragem em redes, também denominada em bola de neve (Polit, Beck & Hungler, 2004; Fortin, 2009; Ribeiro, 2010). Com a amostragem em redes, nomeadamente pelo preenchimento do questionário enviado *on-line*, foi possível incluir na amostra mais 10 enfermeiros que exerciam funções noutras instituições da região centro do país. No total a amostra em estudo constituiu-se por 239 enfermeiros.

### **3.8. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

De acordo com Fortin (2009), a investigação em seres humanos deve ter subjacente cinco princípios fundamentais: o direito à autodeterminação; o direito à intimidade; o direito ao anonimato e à confidencialidade; o direito à proteção contra o desconforto e prejuízo; o direito a um tratamento justo e equitativo.

Uma vez que a investigação em saúde envolve seres humanos, desde o início da pesquisa levantaram-se questões éticas relacionadas com as diferentes etapas do estudo: escolha do tema; escolha dos participantes; pedido formal para a realização do estudo às entidades competentes; técnica de recolha e de interpretação dos dados.

No presente estudo, após a seleção do tema e dos participantes, submeteu-se em dezembro de 2011 e janeiro de 2012 o projeto de investigação à comissão de ética do CHSJ e do CHVNG/E, e ao Serviço de Estudos e de Gestão da Informação Científica da ULSM (renovado em janeiro de 2013) tendo sido aprovado o projeto de investigação pelas três entidades (Anexo 3).

Forneceu-se, conjuntamente com o questionário, uma folha de informações ao participante (Anexo 1), que explicitava o propósito da investigação, o que era esperado da sua parte, os procedimentos que se iriam utilizar, bem como os riscos e benefícios da sua participação e uma declaração de consentimento informado (Anexo 2). Solicitou-se aos participantes que colocassem o questionário e o consentimento em envelopes distintos (fornecidos pelo investigador aos enfermeiros responsáveis dos serviços).

No que respeita aos questionários obtidos através da plataforma eletrónica, não foi enviada a folha de declaração de consentimento informado uma vez que os sujeitos

poderiam escolher não responder ao questionário, pois o preenchimento é anónimo (Ribeiro, 2010). Foi assegurado aos participantes que seria mantido o anonimato em qualquer publicação.

## 4. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os dados, por si, não constituem resultados nem resposta aos objetivos do estudo (Polit, Beck & Hungler, 2004). A análise dos dados implica examinar o conjunto de resultados obtidos, extraindo o essencial da informação (Fortin, 2009).

Neste capítulo procede-se à apresentação e análise descritiva e inferencial dos dados obtidos. Os dados serão apresentados com recurso a quadros, tabelas e gráficos.

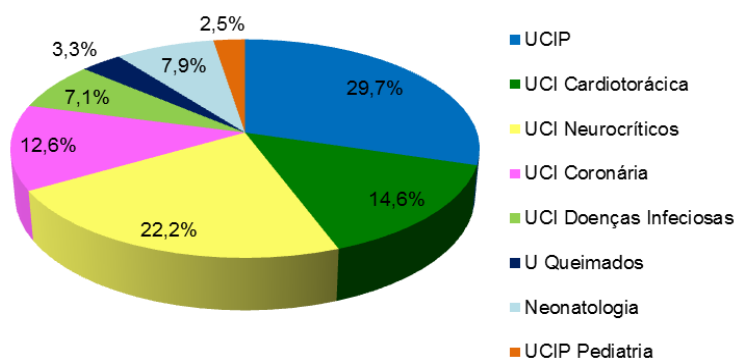
### 4.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra do estudo foi constituída por 239 participantes, 175 (73,2%) do sexo feminino e 64 (26,8%) do sexo masculino.

Os participantes tinham idades compreendidas entre os 24 e os 53 anos, sendo a média de 34 anos ( $DP=6,80$ ). A mediana indicou que, pelo menos, 50% dos inquiridos apresentam idade igual ou inferior a 33 anos e a idade mais frequente foi a de 29 anos.

Apurou-se que 29,7% dos enfermeiros exerciam funções em UCI polivalentes, trabalhando os restantes profissionais em UCI especializadas. Ressalva-se que destes enfermeiros apenas 10,4% exerciam funções em UCI pediátricas (Gráfico 1).

**Gráfico 1 – Distribuição dos enfermeiros segundo o serviço**



O tempo de exercício profissional dos enfermeiros variou entre um e 32 anos ( $M=11,44$ ;  $DP=6,67$ ). Constatou-se um desvio considerável dos dados em relação à média, sugerindo alguma dispersão dos resultados. A mediana foi de 10 anos e a moda situou-se nos sete anos de experiência profissional.

A experiência profissional, no serviço onde exerciam funções, situou-se entre menos de um ano e 32 anos. A média de anos de exercício no serviço era inferior à média de anos de exercício profissional ( $M=8,69$ ;  $DP=6,48$ ). A maioria dos inquiridos exercia atividade no atual serviço há sete ou menos anos, sendo os dois anos de experiência no atual serviço o tempo mais reportado.

No que respeita ao vínculo laboral, 47,7% (n=114) dos enfermeiros encontravam-se em contrato de funções públicas, seguindo-se os elementos vinculados por contrato individual de trabalho subordinado por tempo indeterminado (41,0%; n=98). Uma percentagem de 11,3% (n=27) dos sujeitos afirmou possuir contrato individual de trabalho a termo resolutivo certo. Assim, a maioria dos enfermeiros do estudo possuía um vínculo laboral de longa duração.

A maioria dos enfermeiros estava habilitado com a licenciatura em enfermagem ou grau equiparado (66,9%; n=160), seguindo-se os elementos com especialidade (21,8%; n=52) e com mestrado (10,9%; n=26). Apenas um elemento referiu deter o grau de Bacharel ou equiparado (0,4%). Nenhum possuía doutoramento.

As especialidades em enfermagem com maior representatividade na amostra foram a Médico-Cirúrgica, correspondendo a 34,6% (n=18), seguindo-se a Saúde Infantil e Pediátrica com 28,8% (n=15) e de Reabilitação com 26,9% (n=14). As especialidades em Saúde Mental e Psiquiátrica e Saúde Comunitária surgiram com menor representatividade (Tabela 1).

**Tabela 1 – Distribuição dos enfermeiros segundo o tipo de especialidade**

<b>Especialidade (n=52)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Médico-Cirúrgica</b>	18	34,6
<b>Saúde Infantil e Pediátrica</b>	15	28,8
<b>Reabilitação</b>	14	26,9
<b>Saúde Comunitária</b>	3	5,8
<b>Saúde Mental e Psiquiátrica</b>	2	3,8

No que concerne ao grau de Mestre, o Mestrado em Ciências de Enfermagem é o mais representativo, correspondendo a 30,8% (n=8) dos casos, seguido do Mestrado Integrado em Médico-Cirúrgica que corresponde a 15,4% (n=4). Os Mestrados em Supervisão Clínica, Educação para a Saúde, Saúde Infantil e Pediátrica e Emergência/Catástrofe correspondem a 7,7% (n=2), e por fim os Mestrados em Psicologia da Dor, Feridas/Viabilidade Tecidual, Bioética, Administração Pública, Gestão/Economia dos Serviços de Saúde representaram, individualmente, 3,8% da amostra (n=1). Um dos indivíduos com mestrado não especificou a área de formação.

De acordo com os dados da OE (2014), esta realidade não é representativa da realidade portuguesa em matéria de especialidades, já que nestas circunstâncias, a maior percentagem de especialistas se enquadra no âmbito da Reabilitação (2683 de um total de 13083). Contudo, considerando que o estudo se desenvolve no contexto de cuidados intensivos, assumiu-se que a amostra é representativa da realidade das UCI, já



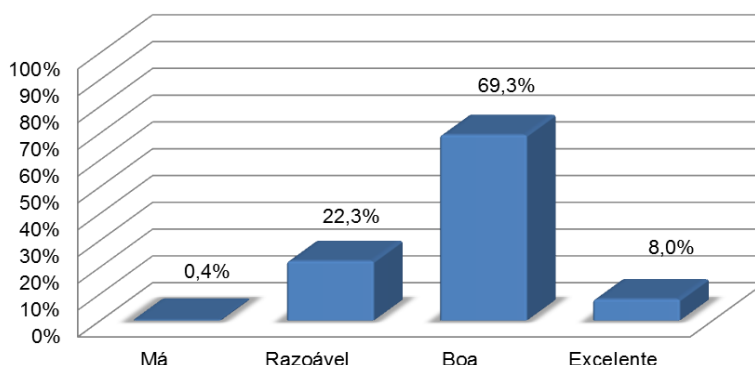
que, segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em situação crítica (Regulamento nº 124/2011), o enfermeiro especialista em médico-cirúrgica será o profissional mais habilitado para a prestação de cuidados ao doente crítico.

Na categoria profissional, constatou-se que 54% (n=128) dos inquiridos exercia funções como enfermeiro generalista, 38,4% (n=91) como enfermeiro graduado, 6,3% (n=15) como enfermeiro especialista e 1,3% (n=3) como enfermeiro chefe (DL nº 437/1991).

Aproximadamente metade dos enfermeiros (49,4%; n=118) referiu ter formação em enfermagem de família (três participantes não responderam a esta questão). Relativamente ao contexto em que a formação foi adquirida, a maior parte dos inquiridos referiu tê-la recebido em contexto académico.

A maioria dos enfermeiros considerou desenvolver uma dinâmica relacional positiva com os familiares da PSC, classificando-a maioritariamente como boa (69,3%; n=165). Somente um considerou desenvolver uma má dinâmica relacional (0,4%) com a família da PSC, salientando-se que nenhum a classificou como péssima (Gráfico 2).

**Gráfico 2 – Representação da dinâmica relacional com a família**



As condições físicas da UCI foram consideradas facilitadoras do desempenho por 122 enfermeiros (51,3%), 81 (34,0%) avaliaram-nas como dificultadoras do seu trabalho e 35 (14,7%) entenderam que estas não interferiam no seu desempenho.

Quando questionados quanto à influência que a sua relação com os restantes elementos da equipa de enfermagem tinha no seu desempenho, 91,6% (n=218) dos participantes classificaram-na como facilitadora do desempenho, 6,7% (n=16) afirmaram que não interferia no seu desempenho e 1,7% (n=4) julgaram-na dificultadora do trabalho. A maioria dos enfermeiros tem consciência que a boa relação com os restantes elementos da equipa de enfermagem possibilita partilha de informações e experiências, estimulando a reflexão crítica essencial para que se minimizem os conflitos gerados por

decisões isoladas e problemas de comunicação (Kissoon, 2005; Martins & Robazzi, 2009; Chaves & Massarollo, 2009) e constitui uma fonte de suporte e compreensão mútua, auxiliando na gestão do *stress* e desgaste emocional fomentados pela dinâmica de trabalho complexa e exigente da UCI (Nascimento & Erdmann, 2009). Por outro lado, uma relação conflituosa origina *stress*, frustração e desmotivação que conduzem ao desenvolvimento de relações inadequadas entre os profissionais (Leite & Vila, 2005).

#### **4.2. ANÁLISE DAS ESCALAS PREFUCI-F E PREFUCI-I**

A análise e interpretação dos resultados, pretende verificar se a PREFUCI-F e a PREFUCI-I medem o que se pretendia medir, se existe correlação entre as duas dimensões do constructo em estudo e conhecer a distribuição dos valores de correlação por ordem de força.

A estrutura relacional da PREFUCI-F e da PREFUCI-I foi avaliada segundo a AF sobre a matriz de correlações, com extração dos fatores pela ACP, forçada a três fatores, seguida de uma rotação oblíqua (Anexo 5 e Anexo 6).

Numa primeira fase, verificou-se se estavam reunidos os critérios para a realização da AF. Para a PREFUCI-F, o teste de KMO foi calculado em 0,793, concluindo-se que a recomendação para a AF era média (Pestana & Gageiro, 2005). O teste de esfericidade de Bartlett apresentou um nível de significância de  $p < 0,05$ , conduzindo à rejeição da hipótese nula que afirmava não haver correlação entre as variáveis iniciais (Pereira, 2011). Pela análise da matriz anti-imagem, verificou-se que todas as variáveis eram importantes para a AF, oscilando os valores de MAS entre 0,682 e 0,908, para os 17 itens. Para a PREFUCI-I, o teste de KMO foi calculado em 0,851, concluindo-se que a recomendação para a AF era boa (Pestana & Gageiro, 2005). O teste de esfericidade de Bartlett apresentou  $p < 0,05$ , rejeitando-se a hipótese nula de que não havia correlação entre as variáveis. Também nesta escala a matriz anti-imagem demonstrou que todas as variáveis eram importantes para a AF, oscilando os valores de MAS entre 0,684 e 0,932, para os 17 itens.

Apresentam-se de seguida os resultados da AF, numa primeira fase para a PREFUCI-F e numa segunda fase para a PREFUCI-I.

##### **PREFUCI-F**

Os fatores extraídos explicaram 49,39% da variância total. Pela análise da matriz padrão (Anexo 5), considerando-se aceitáveis níveis de saturação (pesos fatoriais)

superiores a 0,3 (Maroco, 2011), e dando primazia aos pesos fatoriais mais elevados, chegou-se à seguinte solução fatorial para a PREFUCI-F:

- Fator 1 (F1): item 1 – *“Identificar-se e apresentar-se (Nome e categoria profissional)”*; item 2 – *“Informar o que o familiar verá (aspeto do cliente, equipamento envolvente e dispositivos de suporte e monitorização)”*; item 3 – *“Informar sobre o estado de saúde do cliente”*; item 6 – *“Informar sobre o ambiente físico da UCI (composição da unidade do cliente, monitores, ventiladores, dispositivos de suporte)”*; item 12 – *“Disponibilizar-se para esclarecer dúvidas aos familiares”*; item 13 – *“Disponibilizar aos familiares o contacto do serviço 24h/dia, para obtenção de esclarecimentos/informações”*; item 14 – *“Escutar a opinião dos familiares sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no decorrer do internamento em UCI”*; item 15 – *“Escutar a opinião dos familiares sobre o ambiente dos espaços que lhes são destinados”*; item 16 – *“Avaliar a adaptação da família face à situação de internamento em UCI”*; item 17 – *“Estabelecer relação de confiança com os familiares”*;
- Fator 2 (F2): item 7 – *“Promover a presença de familiares, junto do cliente, no decorrer de procedimentos não invasivos (cuidados de higiene, alternância de decúbitos, mudança de roupa)”*; item 8 – *“Promover a participação dos familiares em procedimentos não invasivos”*; item 9 – *“Permitir a tomada de decisão partilhada com a família do cliente, relativamente a procedimentos”*; item 10 – *“Permitir a tomada de decisão partilhada com a família do cliente, relativamente a atitudes terapêuticas”*;
- Fator 3 (F3): item 4 – *“Gerir o horário de visitas”*; item 5 – *“Gerir o número de visitantes de acordo com as necessidades do cliente/família”*; item 11 *“Informar os familiares sobre situações de fim de vida”*.

Contudo, o enquadramento teórico dos itens em cada fator suscitou dúvidas nomeadamente na inclusão do item 11 no F3, questionando-se se não seria mais adequada a sua inclusão no F1, já que também apresenta níveis de saturação aceitáveis neste fator. Procurando responder a estas questões e avaliar o efeito que estas alterações teriam na fiabilidade interna, procedeu-se à avaliação da consistência interna dos fatores e das escalas, com e sem os itens, por meio do coeficiente Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ), adotando os valores propostos por Hill e Hill (2002, p. 149) para avaliar o valor de uma medida de fiabilidade (Tabela 2).

**Tabela 2 – Coeficiente Alfa de Cronbach**

<b>Coeficiente Alfa de Cronbach</b>	<b>Fiabilidade</b>
<b>Maior que 0,9</b>	Excelente
<b>Entre 0,8 e 0,9</b>	Bom
<b>Entre 0,7 e 0,8</b>	Razoável
<b>Entre 0,6 e 0,7</b>	Fraco
<b>Abaixo de 0,6</b>	Inaceitável

Ressalva-se que na interpretação de cada fator, considerou-se que cada variável (item) mede um tipo específico de PREFUCI, e que todas estão correlacionadas com o fator, medindo algo em comum (o fator), passando os fatores a ser interpretados como variáveis latentes da PREFUCI-F.

O F1 foi denominado de Práticas de acolhimento e informação (PAI). Como já referido, o momento de admissão numa UCI é uma experiência traumática para as famílias, não só pelo choque provocado pelo contacto com a gravidade da situação de saúde da PSC, mas também, pelo *stress* emocional que o ambiente altamente tecnológico da UCI despoleta. Neste contexto, acolhimento e informação surgem indissociavelmente ligados. É no modo como os enfermeiros acolhem, esclarecem e informam a família que reside a chave da desmistificação da UCI e se criam os alicerces para a condução de uma interação segura, sincera e promotora de uma relação terapêutica eficaz. Um acolhimento indevido condiciona inevitavelmente a eficácia de implementação da proposta terapêutica (Schneider et al., 2008). A escuta, o diálogo, o apoio e o vínculo que compõem as etapas do processo de acolhimento na UCI, encontram representação nas práticas relacionais espelhadas pelos itens que compõem este fator (Tabela 3) e, promovem a relação de confiança que será o grande suporte da família e do cliente, no decorrer de todo o internamento em UCI (Gavaghan & Carroll, 2002; Al-Hassan & Hweidi, 2004), viabilizando a transação que objetiva a reorganização e equilíbrio familiar, quer perante o processo de recuperação da PSC, quer face a uma situação de fim de vida (Moura & Pagliuca, 2004; Meleis, 2007).

**Tabela 3 – F1: Práticas de acolhimento e informação – PREFUCI-F**

Item	Descrição do Item	Pesos Fatoriais
14	Escutar a opinião dos familiares sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no decorrer do internamento em UCI.	<b>0,787</b>
12	Disponibilizar-se para esclarecer dúvidas aos familiares.	0,702
2	Informar o que o familiar verá (aspeto do cliente, equipamento envolvente e dispositivos de suporte e monitorização).	0,696
15	Escutar a opinião dos familiares sobre o ambiente dos espaços que lhes são destinados.	0,671
17	Estabelecer relação de confiança com os familiares.	0,638
16	Avaliar a adaptação da família face à situação de internamento em UCI.	0,569
11	Informar os familiares sobre situações de fim de vida.	0,471
1	Identificar-se e apresentar-se (Nome e categoria profissional).	0,396
13	Disponibilizar aos familiares o contacto do serviço 24h/dia, para obtenção de esclarecimentos/informações.	<b>0,394</b>
<b>Variância Explicada</b>		29,882%
<b>Alfa de Cronbach</b>		0,789

Os itens 14 e 13 foram, respetivamente, os itens com maior e menor peso fatorial neste fator, concluindo-se que o item 14 foi o que mais contribuiu para a consistência interna do fator e o item 13 o que menos contribuiu, apresentando a correlação item-total mais baixa (0,304) (Anexo 7).

Sobre a ponderação da exclusão dos itens 3 e 6, e inclusão do item 11, uma vez que todos os itens saturavam consideravelmente neste fator, optou-se por aferir as implicações que estas decisões teriam na consistência interna da PREFUCI-F e do próprio fator. Os resultados apresentam-se na tabela 4.

**Tabela 4 – Critérios de seleção dos itens do F1: Práticas de acolhimento e informação – PREFUCI-F**

F1	Inicial	Final
<b>Itens</b>	1, 2, 3, 6, 12, 13, 14, 15, 16, 17	1, 2, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17
<b>Itens introduzidos</b>	-	11
<b>Itens excluídos</b>	-	3, 6
<b>Alfa de Cronbach F1</b>	0,796	0,789
<b>Alfa de Cronbach PREFUCI-F</b>	0,845	0,828

O F1 final, representativo das PAI, apresentou uma consistência interna razoável, descendo ligeiramente com a exclusão do item 3 para um  $\alpha=0,786$ , não se alterando com a exclusão do item 6, concluindo-se que esta variação não é significativa. A introdução do

item 11 melhorou ligeiramente a consistência interna do F1, para um  $\alpha=0,789$ . Para aferir em que medida a exclusão dos itens 3 e 6 afetaria a consistência interna da PREFUCI-F global, calculou-se o alfa global da PREFUCI-F com 17 e com 15 itens, verificando-se que a escala preservava uma consistência interna boa, mesmo com a exclusão dos itens 3 e 6 ( $\alpha=0,828$ ).

O F2 foi designado de Práticas de integração em procedimentos técnicos e processos de tomada de decisão (PIPTTD), pois, os itens com maior peso neste fator representam as práticas relacionais promotoras da participação da família em procedimentos técnicos e do seu envolvimento nos processos de tomada de decisão (Tabela 5). No cálculo da fidelidade, o F2 apresentou um valor razoável ( $\alpha=0,795$ ) (Anexo7).

**Tabela 5 – F2: Práticas de integração em procedimentos técnicos e processos de tomada de decisão – PREFUCI-F**

Item	Descrição do Item	Pesos Fatoriais
8	Promover a participação dos familiares em procedimentos não invasivos.	<b>0,819</b>
7	Promover a presença de familiares, junto do cliente, no decorrer de procedimentos não invasivos (cuidados de higiene, alternância de decúbitos, mudança de roupa).	0,798
9	Permitir a tomada de decisão partilhada com a família do cliente, relativamente a procedimentos.	0,759
10	Permitir a tomada de decisão partilhada com a família do cliente, relativamente a atitudes terapêuticas.	<b>0,648</b>
<b>Variância Explicada</b>		10,518%
<b>Alfa de Cronbach</b>		0,795

O envolvimento nos procedimentos técnicos surge como forma de estreitar a relação de confiança, promovendo a proximidade entre a PSC e família, bem como, entre os enfermeiros e os familiares da PSC, essencial na consecução dos objetivos terapêuticos. A promoção de uma interação positiva, promotora do envolvimento em procedimentos não invasivos, contribui para desmistificar a complexidade do ambiente em UCI, promovendo gradualmente uma sensação de bem-estar e conforto nos familiares, pela percepção pessoal de que a sua participação nos cuidados constitui uma expressão de afeto, carinho e proximidade (Hammond, 1995; Gavaghan & Carroll, 2002; Demir, 2008). Por outro lado, os processos de tomada de decisão são considerados dos momentos mais traumáticos para os familiares da PSC (Wiegand, 2012), representando uma exigência quotidiana para profissionais e familiares no contexto da UCI (Vila & Rossi, 2002). Pela sua complexidade e implicações, os processos de tomada de decisão requerem uma interação sólida, que se reflita numa negociação clara, facilitadora de compreensão e esclarecimento para todos os intervenientes, que só se atinge por meio

de uma parceria de cuidados entre os profissionais da UCI e os familiares da PSC (Mendes, 2010).

O F3 foi denominado de Práticas de gestão de visitas (PGV) e integra os itens 4 e 5 (Tabela 6).

**Tabela 6 – F3: Práticas de gestão de visitas – PREFUCI-F**

Item	Descrição do Item	Pesos Fatoriais
4	Gerir o horário de visitas.	0,748
5	Gerir o número de visitantes de acordo com as necessidades do cliente/família.	0,718
<b>Variância Explicada</b>		8,999%
<b>Alfa de Cronbach</b>		0,731

Os familiares da PSC valorizam particularmente os períodos de visita, pelas oportunidades de interação que emergem neste período, quer com a PSC, quer com os profissionais da UCI. Pela proximidade que se estabelece, o período de visita constitui-se como um momento de eleição para a comunicação e interação entre familiares e clientes e entre familiares e profissionais, particularmente, os enfermeiros, por meio da procura de informações sobre a situação de saúde do seu ente querido, pela busca de resposta para questões e dúvidas que emergem da incerteza do presente e futuro, pela necessidade de compreensão de procedimentos, equipamentos e pequenos acontecimentos ou manifestações de vida por parte da PSC (Farrell, Joseph & Schwartz-Barcott, 2005; Giannini, 2007). Por conseguinte, o horário, duração do período de visitas, e o número de visitas facultado, têm implicações diretas no processo de interação, não só entre os familiares da PSC e a equipa da UCI, mas também entre os familiares e o próprio cliente, sendo por isso, consideradas das práticas relacionais mais valorizadas pelos familiares da PSC (Berwick & Kotagal, 2004).

Embora o item 11 tivesse carga fatorial mais elevada neste fator (0,493), saturava de forma satisfatória no F1 (0,471), fazendo esta associação mais sentido do ponto de vista teórico, como referido. Deste modo, testou-se a fidelidade do F3 com e sem o item 11, registando-se um aumento significativo da consistência interna com a sua exclusão (com item 11  $\alpha=0,622$ ; sem item 11  $\alpha=0,731$ ), optando-se pela exclusão do item neste fator.

Sintetizando, atendendo à congruência teórica entre itens e fatores, excluíram-se os itens 3 e 6 da PREFUCI-F, passando esta compor-se por um total de 15 itens, sem alteração significativa da sua consistência interna global (com 17 itens  $\alpha=0,845$ ; com 15 itens  $\alpha=0,828$ ), classificando-se de igual modo como boa (Hill & Hill, 2002). Pela confirmação da fidelidade dos fatores e da escala em geral, concluiu-se a validade psicométrica da PREFUCI-F. As correlações item-total foram adequadas, pelo que, se

considerou que os itens apresentavam um razoável ou bom contributo nos fatores onde se inseriam e na configuração global da PREFUCI-F (Anexo 7). A AF possibilitou ainda hierarquizar a informação disponível por ordem decrescente do fenómeno em estudo, em que as variáveis compostas (fatores) explicaram 49,39% da variância total das variáveis originais (itens), resumindo as relações existentes entre elas.

Procede-se de seguida à apresentação da estatística descritiva de cada fator.

A maioria dos enfermeiros considerou realizar “Frequentemente” ou “Sempre” todas as PAI que integram a PREFUCI-F (Quadro 2).

**Quadro 2 – Distribuição de frequências das PAI da PREFUCI-F**

Item	Descrição	5 Sp.	4 Frequent.	3 Alg.vez.	2 Rar.	1 Nc.
14	Escutar a opinião dos familiares sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no decorrer do internamento em UCI.	29,5%	35,4%	24,5%	7,6%	3,0%
12	Disponibilizar-se para esclarecer as dúvidas dos familiares.	66,4%	29,0%	4,6%	-	-
2	Informar o que o familiar verá (aspeto do cliente, equipamento envolvente e dispositivos de suporte e monitorização).	42,9%	41,6%	13,4%	1,7%	0,4%
15	Escutar a opinião dos familiares sobre o ambiente dos espaços que lhes são destinados.	19,4%	34,2%	28,3%	12,2%	5,9%
17	Estabelecer relação de confiança com os familiares	35,7%	50,0%	13,4%	0,8%	-
16	Avaliar a adaptação da família face à situação de internamento em UCI.	8,8%	49,0%	30,1%	9,2%	2,9%
11	Informar os familiares sobre situações de fim de vida.	23,5%	36,1%	25,2%	10,9%	4,2%
1	Identificar-se e apresentar-se (Nome e categoria profissional).	21,9%	40,1%	27,0%	10,1%	0,8%
13	Disponibilizar aos familiares o contacto do serviço 24h/dia, para obtenção de esclarecimentos/informações.	57,7%	24,7%	9,6%	4,2%	3,8%

As PREFUCI: “Disponibilizar-se para esclarecer dúvidas aos familiares”, “Disponibilizar aos familiares o contacto do serviço 24h/dia, para obtenção de esclarecimentos/informações” foram referidas como sendo implementadas “Sempre” pela maioria dos enfermeiros no âmbito da interação positiva com os familiares da PSC. O “Disponibilizar-se para esclarecer as dúvidas dos familiares”, foi a PAI que mais se destacou positivamente, não existindo qualquer resposta com correspondência negativa na escala de frequência. A percentagem mais elevada de resposta negativa surgiu nas PREFUCI: “Escutar a opinião dos familiares sobre o ambiente dos espaços que lhes são destinados” (“Raramente” n=29; “Nunca” n=14) e “Informar os familiares sobre situações de fim de vida” (“Raramente” n=26; “Nunca” n=10). As práticas: “Estabelecer relação de confiança com os familiares”, “Avaliar a adaptação da família face à situação de



*internamento em UCI”, “Identificar-se e apresentar-se (Nome e categoria profissional)”, “Informar os familiares sobre situações de fim de vida”, “Escutar a opinião dos familiares sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no decorrer do internamento em UCI” e “Escutar a opinião dos familiares sobre o ambiente dos espaços que lhes são destinados”* tiveram uma resposta mais expressiva na categoria “Frequentemente”. Nenhum enfermeiro referiu que “Nunca” ou “Raramente” se disponibilizava para esclarecer dúvidas dos familiares, e também, nenhum mencionou nunca estabelecer relações de confiança com os familiares.

No que concerne às PIPTTD verificou-se que a maioria dos enfermeiros considerou que “Nunca” ou “Raramente” realizavam as práticas *“Promover a participação dos familiares em procedimentos não invasivos”, “Promover a presença de familiares, junto do cliente, no decorrer de procedimentos não invasivos (cuidados de higiene, alternância de decúbitos, mudança de roupa)”, “Permitir a tomada de decisão partilhada com a família do cliente, relativamente a atitudes terapêuticas”* (Quadro 3)

**Quadro 3 – Distribuição de frequências das PIPTTD da PREFUCI-F**

Item	Descrição	5 Sp.	4 Frequent..	3 Alg.vez.	2 Rar.	1 Nc.
8	Promover a participação dos familiares em procedimentos não invasivos.	4,2%	12,6%	15,5%	38,9%	<b>28,9%</b>
7	Promover a presença de familiares, junto do cliente, no decorrer de procedimentos não invasivos (cuidados de higiene, alternância de decúbitos, mudança de roupa).	5,0%	12,6%	18,8%	39,7%	23,8%
9	Permitir a tomada de decisão partilhada com a família do cliente, relativamente a procedimentos.	<b>5,9%</b>	16,9%	30,8%	31,6%	14,8%
10	Permitir a tomada de decisão partilhada com a família do cliente, relativamente a atitudes terapêuticas.	3,4%	15,5%	27,7%	30,3%	23,1%

A prática *“Promover a participação dos familiares em procedimentos não invasivos”* foi a que registou maior percentagem de respostas na categoria “Nunca” (n=69; 28,9%). No leque de respostas positivas, destacou-se a PREFUCI *“Permitir a tomada de decisão partilhada com a família do cliente, relativamente a procedimentos”* (“Sempre” n=14, 5,9%; “Frequentemente” n=40, 16,9%). Aferiu-se que os enfermeiros implementam com maior frequência as PREFUCI no âmbito dos processos de tomada de decisão do que as práticas promotoras de envolvimento em procedimentos não invasivos.

Relativamente às PGV concluiu-se que a maioria dos inquiridos reportou que realizava “Frequentemente” ou “Sempre” o *“Gerir o horário de visitas”* e *“Gerir o número*

de visitantes de acordo com as necessidades do cliente/família”, embora 0,9% (n=2) dos inquiridos tenha mencionado que “Nunca” realizava esta prática (Quadro 4).

**Quadro 4 – Distribuição de frequências das PGV da PREFUCI-F**

Item	Descrição	5 Sp.	4 Frequent.	3 Alg. vez.	2 Rar.	1 Nc.
4	Gerir o horário de visitas.	36,3%	49,4%	12,7%	0,8%	0,8%
5	Gerir o número de visitantes de acordo com as necessidades do cliente/família.	35,3%	39,1%	23,0%	1,7%	0,9%

A frequência média de resposta nos fatores da PREFUCI-F, variou entre 2 e 4 (Quadro 5), registando-se o valor médio mais elevado no F3-PGV e o valor médio mais baixo no F2-PIPTTD. O F1-PAI registou o desvio padrão mais baixo, sugerindo menor dispersão dos dados em relação à média. O F1-PAI apresentou o valor mínimo de resposta mais elevado (1,86), e o F2-PIPTTD o valor máximo mais baixo (4,74).

**Quadro 5 – Resumo da estatística descritiva dos fatores da PREFUCI-F**

	F1	F2	F3
<b>Média</b>	3,94	2,43	4,13
<b>Desvio Padrão</b>	0,58	0,88	0,71
<b>Skwness/Std. Skwness Error</b>	-4,4	3,0	-5,5
<b>Kurtosis/Std. Error of Kurtosis</b>	1,11	-0,72	4,0
<b>Mínimo</b>	1,86	1	1
<b>Máximo</b>	5	4,74	5

Quanto à simetria, os F1-PAI e F3-PGV, apresentaram uma distribuição assimétrica negativa, ou seja, um enviesamento à direita (aproximando-se as medidas de tendência central do valor máximo da distribuição), pois para um nível de significância de 0,05 o resultado de Skwness/Std. Error of Skwness foi inferior a -1,96 (Pestana & Gageiro, 2005). Enquanto o F2-PIPTTD, apresentou uma distribuição assimétrica positiva, ou enviesamento à esquerda, pois para um nível de significância convencional, o resultado de Skwness/Std. Error of Skwness foi superior a 1,96. Portanto, nos fatores PAI e PGV predominaram os níveis de resposta mais elevados na escala de frequência, enquanto no F2-PIPTTD predominaram as respostas com correspondência negativa na escala de frequência.

Em termos de distribuição, analisou-se ainda o achatamento, que por meio da comparação com uma distribuição normal, para um determinado desvio padrão indica a intensidade das frequências em torno de um ponto central (Pestana & Gageiro, 2005). Em termos inferenciais, o quociente de Kurtosis/Std. Error of Kurtosis é usado para não rejeitar o achatamento mesocúrtico, o que acontece se o seu resultado absoluto for menor que 1,96 em valor absoluto, para um nível de significância de 0,05. Pela análise do

quadro 5, pode-se verificar que a distribuição é mesocúrtica nos F1-PAI e F2-PIPTTD e leptocúrtica no F3-PGV, ou seja, menos achatada do que o normal, dado que o resultado é superior a 1,96.

Na generalidade, a distribuição dos fatores é assimétrica positiva ou negativa, e mesocúrtica ou leptocúrtica. Contudo, assumindo o “Teorema do limite central”, não se tornou necessário verificar a normalidade, conforme pressuposto indicado previamente.

Determinou-se, também, o *score* global da PREFUCI-F, que representa a média de todos os fatores (Quadro 6).

Através da análise do *score* global da PREFUCI-F, concluiu-se que a média de resposta se situou nos 3,5 na escala de frequência (entre o “Algumas vezes” e o “Frequentemente”), facto justificado pelas diferenças encontradas no estudo dos diferentes fatores, concentrando dois deles respostas maioritariamente positivas (F1-PAI e F3-PGV) e outro (F2-PIPTTD) respostas maioritariamente negativas (próximas do “Raramente”). A variável *score* global, apresentou uma distribuição normal (KS), com uma probabilidade de erro de 5%, simétrica com tendência negativa, refletindo o valor médio de resposta, que revelou um afastamento considerável do valor máximo da distribuição. Relativamente ao achatamento a variável é mesocúrtica.

**Quadro 6 – Estatística descritiva da configuração global da PREFUCI-F**

	N	Média	Desvio Padrão	KS (p)	Skwness/St d. Skwness Error	Kurtosis/Std . Error of Kurtosis	Mínimo	Máximo
<b>Score Global</b>	239	3,50	0,53	0,045 (0,200)	-1,22	-0,50	2,20	4,72

### **PREFUCI-I**

Para o estudo diferencial da PREFUCI-I, realizou-se a AF através do método de ACP com extração forçada a três fatores, seguida de rotação oblíqua, com normalização Kaiser, como na PREFUCI-F. Os fatores extraídos explicaram 53,26% da variância total. Conforme a matriz padrão (Anexo 6), considerando-se aceitáveis pesos fatoriais superiores a 0,3 (Maroco, 2011), e dando-se primazia aos pesos fatoriais mais elevados, chegou-se à seguinte solução fatorial:

- Fator 1: item 1 – “Identificar-se e apresentar-se (Nome e categoria profissional)”; item 11 – “Informar os familiares sobre situações de fim de vida”; item 12 – “Disponibilizar-se para esclarecer dúvidas aos familiares “; item 13 – “Disponibilizar aos familiares o contacto do serviço 24h/dia, para obtenção de esclarecimentos/informações”; item 14 – “Escutar a opinião dos familiares sobre

a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no decorrer do internamento em UCI”; item 15 – “Escutar a opinião dos familiares sobre o ambiente dos espaços que lhes são destinados”; item 16 – “Avaliar a adaptação da família face à situação de internamento em UCI”; item 17 – “Estabelecer relação de confiança com os familiares”;

- Fator 2: item 7 – “Promover a presença de familiares, junto do cliente, no decorrer de procedimentos não invasivos (cuidados de higiene, alternância de decúbitos, mudança de roupa)”; item 8 – “Promover a participação dos familiares em procedimentos não invasivos”; item 9 – “Permitir a tomada de decisão partilhada com a família do cliente, relativamente a procedimentos”; item 10 – “Permitir a tomada de decisão partilhada com a família do cliente, relativamente a atitudes terapêuticas”;

- Fator 3: item 2 – “Informar o que o familiar verá (aspeto do cliente, equipamento envolvente e dispositivos de suporte e monitorização)”; item 3 – “Informar sobre o estado de saúde do cliente”; item 4 – “Gerir o horário de visitas”; item 5 – “Gerir o número de visitantes de acordo com as necessidades do cliente/família”; item 6 – “Informar sobre o ambiente físico da UCI (composição da unidade do cliente, monitores, ventiladores, dispositivos de suporte)”.

À semelhança do assumido no estudo da PREFUCI-F, cada item foi percecionado como uma variável que mede um tipo específico de prática relacional com os familiares da PSC, significando a sua correlação individual com o fator, que todas elas medem algo em comum – o próprio fator – passando estes a ser interpretados como variáveis latentes da PREFUCI-I.

A configuração inicial dos fatores suscitou dúvidas do ponto de vista teórico, nomeadamente no F3, nos itens 2, 3 e 6. Atendendo a que as escalas pretendiam medir, duas vertentes do mesmo constructo, partilhavam itens idênticos e seriam relacionadas com as mesmas variáveis, testou-se a possibilidade de partilharem uma configuração fatorial semelhante, sem compromisso da sua consistência interna. Assim, recorreu-se ao estudo da fiabilidade interna no sentido de aferir sobre a consistência interna dos fatores e sobre os efeitos que a redistribuição dos itens implicaria, à semelhança do já se havia feito com a PREFUCI-F - teve-se por referência, novamente a escala de fidelidade de Hill e Hill (2002).

Entendeu-se que o item 2 “Informar o que o familiar verá (aspeto do cliente, equipamento envolvente e dispositivos de suporte e monitorização)”, pelo seu enquadramento teórico fazia mais sentido integrar o F1, já que constitui uma prática

relacional de particular relevo na admissão dos familiares da PSC em UCI (Schneider et al., 2008). Na presença de pesos fatoriais aceitáveis nos F1 e F3, prosseguiu-se com o estudo da consistência interna do F1 com e sem o item 2, concluindo-se que o alfa de Cronbach do F1 aumentava ligeiramente com a inclusão do item 2, passando de 0,831 para 0,837, preservando uma boa consistência interna. Desta forma, introduziu-se o item 2 no F1, passando este a assumir a configuração final, apresentada na tabela 7.

**Tabela 7 – F1: Práticas de acolhimento e informação – PREFUCI-I**

<b>Item</b>	<b>Descrição do Item</b>	<b>Pesos Fatoriais</b>
<b>14</b>	Escutar a opinião dos familiares sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no decorrer do internamento em UCI.	<b>0,888</b>
<b>12</b>	Disponibilizar-se para esclarecer dúvidas aos familiares.	0,742
<b>15</b>	Escutar a opinião dos familiares sobre o ambiente dos espaços que lhes são destinados.	0,702
<b>13</b>	Disponibilizar aos familiares o contacto do serviço 24h/dia, para obtenção de esclarecimentos/informações.	0,641
<b>16</b>	Avaliar a adaptação da família face à situação de internamento em UCI.	0,605
<b>11</b>	Informar os familiares sobre situações de fim de vida.	0,589
<b>17</b>	Estabelecer relação de confiança com os familiares.	0,583
<b>1</b>	Identificar-se e apresentar-se (Nome e categoria profissional).	0,365
<b>2</b>	Informar o que o familiar verá (aspeto do cliente, equipamento envolvente e dispositivos de suporte e monitorização).	<b>0,337</b>
<b>Variância Explicada</b>		35,054%
<b>Alfa de Cronbach</b>		0,837

O F1 da PREFUCI-I designou-se por práticas de acolhimento e informação (PAI), compondo-se das mesmas práticas que o F1 da PREFUCI-F. Perante uma composição fatorial semelhante, assumiu-se que a fundamentação teórica de qualquer dos fatores da PREFUCI-I teria subjacentes os mesmos princípios e justificações expostas no enquadramento da PREFUCI-F, pelo que se optou pela não repetição dos conceitos.

O item 14 surgiu como o item com maior peso fatorial, concluindo-se pela análise das correlações item-total, que este é o item que mais contribuiu para a consistência interna deste fator (Anexo 8). E, o item 2 é o que menos peso fatorial teve nas PAI, apresentando a correlação item-total mais baixa (0,457). Todavia, a sua exclusão, culminaria numa descida do alfa de Cronbach do F1, interferindo negativamente com a sua consistência interna, o que veio sustentar a sua inclusão.

O F2 foi denominado de práticas de integração em procedimentos técnicos e processos de tomada de decisão (PIPTTD), de acordo com as PREFUCI que o compõem. Neste fator o item 7 foi o que apresentou maior carga fatorial e correlação

item-total (0,654), destacando-se como o que mais contribui para a consistência interna do F2, sendo o item 10 o que menor representatividade assume neste sentido (Anexo 8). O F2 apresentou uma consistência interna razoável, com um  $\alpha=0,787$  (Tabela 8).

**Tabela 8 – F2: Práticas de integração em procedimentos técnicos e processos de tomada de decisão – PREFUCI-I**

Item	Descrição do Item	Pesos Fatoriais
7	Promover a presença de familiares, junto do cliente, no decorrer de procedimentos não invasivos (cuidados de higiene, alternância de decúbitos, mudança de roupa).	<b>0,927</b>
8	Promover a participação dos familiares em procedimentos não invasivos.	0,893
9	Permitir a tomada de decisão partilhada com a família do cliente, relativamente a procedimentos.	0,585
10	Permitir a tomada de decisão partilhada com a família do cliente, relativamente a atitudes terapêuticas.	<b>0,436</b>
<b>Variância Explicada</b>		10,001%
<b>Alfa de Cronbach</b>		0,787

O F3 da PREFUCI-I foi nomeado de práticas de gestão de visitas (PGV). Partindo da extração inicial, este fator deveria incluir os itens 2, 3 e 6, cujas cargas fatoriais eram mais elevadas neste fator. Contudo, salvaguardando o melhor enquadramento teórico dos itens e a consistência interna dos fatores e da PREFUCI-I global, optou-se pela exclusão dos itens 3 e 6 e o reenquadramento do item 2 no F1, fundamentando-a:

- na inconsistência do enquadramento teórico, face aos restantes itens do F3, dos quais resulta um maior contributo para a consistência interna deste fator;
- no facto de a sua exclusão não interferir significativamente com a consistência interna da PREFUCI-I, uma vez que na PREFUCI-I com 17 itens o  $\alpha=0,875$ , e com 15 o  $\alpha=0,861$ , preservando-se uma boa consistência interna;
- a exclusão dos itens 2, 3 e 6 do F3-PGV, melhora ligeiramente a consistência interna deste fator, passando de um  $\alpha=0,720$  para um  $\alpha=0,758$ , mantendo-se uma razoável consistência interna.

Na análise do F3-PGV, o item 4 apresentou peso fatorial mais elevado (Tabela 9), sendo aquele que mais contribuiu para a consistência interna do fator, embora ambos os itens apresentem uma correlação item-total moderada (0,610 - Anexo 8).

**Tabela 9 – F3: Práticas de gestão de visitas – PREFUCI-I**

Item	Descrição do Item	Pesos Fatoriais
4	Gerir o horário de visitas.	0,894
5	Gerir o número de visitas de acordo com as necessidades do cliente/família.	0,741
<b>Variância Explicada</b>		8,206%
<b>Alfa de Cronbach</b>		0,758

A PREFUCI-I apresentou boa consistência interna (Hill & Hill, 2002), e reuniu qualidades psicométricas. As correlações item-total apresentaram valores aceitáveis, comprovando-se que os itens têm um razoável ou bom contributo nos fatores onde se inserem e na configuração global da PREFUCI-I (Anexo 8). Obteve-se ainda uma AF que possibilitou hierarquizar a informação disponível por ordem decrescente do fenómeno em estudo, em que as variáveis compostas (fatores) explicaram 53,26% da variância total das variáveis originais (17 itens) na PREFUCI-I, resumindo as relações existentes entre elas. Em síntese, optou-se pela exclusão definitiva dos itens 3 e 6 de ambas as escalas, passando estas a ser constituídas por 15 itens cada, sem prejuízo da sua consistência interna global.

Procede-se seguidamente à apresentação da estatística descritiva de cada fator da PREFUCI-I (Quadro 7).

**Quadro 7 – Distribuição de frequências das PAI da PREFUCI-I**

Item	Descrição	5 Tot. Imp.	4 Mt. Imp.	3 Imp.	2 Pc. Imp.	1 Nd. Imp.
14	Escutar a opinião dos familiares sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no decorrer do internamento em UCI.	44,3%	35,4%	18,6%	1,3%	0,4%
12	Disponibilizar-se para esclarecer dúvidas aos familiares.	76,3%	20,8%	3,0%	-	-
15	Escutar a opinião dos familiares sobre o ambiente dos espaços que lhes são destinados.	27,5%	35,6%	30,9%	4,7%	1,3%
13	Disponibilizar aos familiares o contacto do serviço 24h/dia, para obtenção de esclarecimentos/informações.	55,3%	23,6%	18,1%	2,1%	0,8%
16	Avaliar a adaptação da família face à situação de internamento em UCI.	31,1%	46,6%	18,3%	2,9%	-
11	Informar os familiares sobre situações de fim de vida.	61,7%	31,1%	6,8%	0,4%	-
17	Estabelecer relação de confiança com os familiares.	59,4%	31,0%	9,2%	0,4%	-
1	Identificar-se e apresentar-se (Nome e categoria profissional).	32,2%	44,9%	19,1%	3,8%	-
2	Informar o que o familiar verá (aspeto do cliente, equipamento envolvente e dispositivos de suporte e monitorização).	57,0%	32,9%	8,9%	1,3%	-



Na análise do F1-PAI, verificou-se que a maioria dos enfermeiros considerou como “Importante” ou “Totalmente importante” todas as PAI que integram a PREFUCI-I. As práticas *“Disponibilizar-se para esclarecer dúvidas aos familiares”, “Informar os familiares sobre situações de fim de vida”, “Estabelecer relação de confiança com os familiares”, “Informar o que o familiar verá (aspeto do cliente, equipamento envolvente e dispositivos de suporte e monitorização)”, “Disponibilizar aos familiares o contacto do serviço 24h/dia, para obtenção de esclarecimentos/informações”* foram as que a maioria dos participantes percecionou como “Totalmente importante”, no decurso da interação positiva em UCI. O *“Disponibilizar-se para esclarecer dúvidas aos familiares”* foi a prática referida por mais enfermeiros como “Totalmente importante”. Por outro lado, *“Escutar a opinião dos familiares sobre o ambiente dos espaços que lhes são destinados”* foi a PAI que reuniu a maior percentagem de resposta no extremo negativo da escala de importância (“Nada importante” n=3; 1,3%), sendo também a prática mais referida como “Pouco importante” e “Importante”.

Nas PIPTTD foi na categoria “Importante” que se encontrou maior percentagem de resposta em todos os itens (Quadro 8).

**Quadro 8 – Distribuição de frequências das PIPTTD da PREFUCI-I**

Item	Descrição	5 Tot. Imp.	4 Mt. Imp.	3 Imp.	2 Pc. Imp.	1 Nd. Imp.
7	Promover a presença de familiares, junto do cliente, no decorrer de procedimentos não invasivos (cuidados de higiene, alternância de decúbitos, mudança de roupa).	11,0%	16,9%	33,3%	28,7%	10,1%
8	Promover a participação dos familiares em procedimentos não invasivos.	11,9%	15,7%	33,9%	28,4%	<b>10,2%</b>
9	Permitir a tomada de decisão partilhada com a família do cliente, relativamente a procedimentos.	<b>17,8%</b>	28,8%	36,0%	14,0%	3,4%
10	Permitir a tomada de decisão partilhada com a família do cliente, relativamente a atitudes terapêuticas.	15,9%	27,9%	39,1%	12,4%	4,7%

A prática *“Permitir a tomada de decisão partilhada com a família do cliente, relativamente a procedimentos”* foi a que mais enfermeiros consideraram como “Totalmente importante” (n=42; 17,8%), por outro lado, o *“Promover a participação dos familiares em procedimentos não invasivos”* foi a mais referida como “Nada importante”. As práticas *“Promover a presença de familiares, junto do cliente, no decorrer de procedimentos não invasivos (cuidados de higiene, alternância de decúbitos, mudança de roupa)”* e *“Promover a participação dos familiares em procedimentos não invasivos”* foram as mais reportadas pelos inquiridos como “Nada importante” ou “Pouco importante”.



No que se refere ao F3-PGV, a maioria dos enfermeiros considerou estas práticas como “Muito importante” ou “Totalmente importante” (Quadro 9). A intervenção “*Gerir o número de visitantes de acordo com as necessidades do cliente/família*” assumiu o maior relevo, pois registou a percentagem mais representativa de resposta de “Totalmente importante” (n=104; 36,5%).

**Quadro 9 – Distribuição de frequências das PGV da PREFUCI-I**

Item	Descrição	5 Tot. Imp.	4 Mt. Imp.	3 Imp.	2 Pc. Imp.	1 Nd. Imp.
4	Gerir o horário de visitas.	35,9%	43,9%	17,7%	2,5%	-
5	Gerir o número de visitantes de acordo com as necessidades do cliente/família.	<b>36,5%</b>	44,6%	18,0%	0,4%	<b>0,4%</b>

Como se pode observar no quadro 10, os valores médios de resposta nos diferentes fatores da PREFUCI-I variaram entre 3 e 4, registando-se o valor médio mais elevado no F1-PAI e o mais baixo no F2-PIPTTD. O desvio padrão assumiu valores mais elevados no F2-PIPTTD, sugerindo maior dispersão dos dados relativamente à média, sendo este simultaneamente o fator em que surgiu o valor mínimo de resposta mais baixo, coincidente com o “Nada importante”. O F1-PAI registou o valor mínimo de resposta mais elevado, próximo do “Importante”.

**Quadro 10 – Resumo da estatística dos fatores da PREFUCI-I**

	F1	F2	F3
<b>Média</b>	4,30	3,15	4,14
<b>Desvio Padrão</b>	0,50	0,86	0,70
<b>Skwness/Std. Skwness Error</b>	-3,87	0,006	-4,17
<b>Kurtosis/Std. Error of Kurtosis</b>	-1,46	-0,92	0,56
<b>Mínimo</b>	2,67	1	1,5
<b>Máximo</b>	5	5	5

Em relação à simetria de fatores, as PAI e PGV, apresentaram distribuição assimétrica negativa, ou seja, um enviesamento à direita (aproximando-se as medidas de tendência central do valor máximo da distribuição), pois para um nível de significância de 0,05 o resultado de Skwness/Std. Error of Skwness é inferior a -1,96 (Pestana & Gageiro, 2005). Já as PIPTTD, apresentaram uma distribuição simétrica, pois para um nível de significância de 0,05, o resultado de Skwness/Std. Error of Skwness é inferior a 1,96. Assim, nos fatores F1-PAI e F3-PGV, predominaram os valores mais elevados da escala de importância e no F2-PIPTTD, os valores das respostas distribuíram-se uniformemente em torno da média, prevalecendo as respostas correspondentes ao nível de “Importante”.

Quanto ao achatamento, observou-se uma distribuição mesocúrtica em todos os fatores da PREFUCI-I, uma vez que o resultado do quociente de Kurtosis/Std. Error of Kurtosis se situou entre -1,96 e 1,96, para um nível de significância de 0,05. Na generalidade averiguou-se que a distribuição dos fatores era assimétrica negativa e mesocúrtica.

Determinou-se ainda o *score* global da PREFUCI-I, representado pela média dos fatores (Quadro 11). A estatística descritiva do *score* global da PREFUCI-I revelou que a média de importância atribuída às PREFUCI se situava nos 3,86, entre o “Importante” e o “Muito importante”. Este facto é sustentado pela predominância de respostas positivas em todos os fatores, sendo que as PAI e PGV apresentaram uma maior percentagem de resposta no extremo positivo da escala de importância e as PIPTTD no ponto médio da mesma escala, correspondente a “Importante”. A variável *Score* global apresentou uma distribuição normal (KS), com uma probabilidade de erro de 5%, possuindo uma distribuição simétrica com tendência negativa, espelhando o valor médio de resposta, que tende para os extremos positivos da escala de importância, sendo mesocúrtica, relativamente ao achatamento.

**Quadro 11 – Estatística descritiva da configuração global da PREFUCI-I**

	N	Média	Desvio Padrão	KS (p)	Skwness/Std. Skwness Error	Kurtosis/Std. Error of Kurtosis	Mínimo	Máximo
<b>Score Global</b>	239	3,86	0,53	0,53 (0,096)	-1,42	-1,09	2,30	5

### **Estudo das relações**

A análise correlacional, por intermédio do coeficiente de correlação de Pearson, permitiu determinar, em primeira instância, o modo como os fatores se relacionaram entre si e com a configuração global da PREFUCI-F e da PREFUCI-I, bem como aferir sobre o possível relacionamento entre estas escalas, determinando-se o sentido e força destas relações (Quadro 12). Concluiu-se que as PAI e PIPTTD apresentaram uma correlação positiva alta com a configuração global da PREFUCI-F, destacando-se a correlação entre as PIPTTD e a configuração global da PREFUCI-F, pelo *r* mais elevado ( $r=0,807$ ). As PGV apresentaram uma correlação positiva moderada com a configuração global da PREFUCI-F. Nas correlações entre fatores, compreendeu-se que existem associações positivas entre os fatores, moderadas entre as PAI e as PIPTTD e baixas com as PGV.

**Quadro 12 – Matriz de Correlações de Pearson entre os fatores e com a configuração global da PREFUCI-F**

Escala	Práticas relacionais	PREFUCI-F			
		PAI	PIPTTD	PGV	Score Global
PREFUCI-F	PAI	1			
	PIPTTD	0,446**	1		
	PGV	0,279**	<b>0,220**</b>	1	
	Score Global	0,729**	<b>0,807**</b>	0,669**	1

\*\* Correlação é significativa ao nível de 0,01 (2-tailed)

O estudo correlacional da PREFUCI-I demonstrou correlações de um modo geral mais elevadas entre fatores e com a configuração global da PREFUCI-I, do que o estudo prévio da PREFUCI-F (Quadro 13). Constatou-se a existência de uma associação linear de moderada intensidade entre as PAI e PIPTTD e entre as PAI e PGV, tendo-se registado uma correlação positiva baixa entre as PIPTTD e as PGV.

**Quadro 13 – Matriz de Correlações de Pearson entre os fatores e com a configuração global da PREFUCI-I**

Escala	Práticas relacionais	PREFUCI-I			
		PAI	PIPTTD	PGV	Score Global
PREFUCI-I	PAI	1			
	PIPTTD	0,487**	1		
	PGV	0,424**	<b>0,229**</b>	1	
	Score Global	0,773**	<b>0,804**</b>	0,707**	1

\*\* Correlação é significativa ao nível de 0,01 (2-tailed)

À semelhança do que se havia verificado na PREFUCI-F, as PIPTTD apresentaram o  $r$  mais elevado ( $r=0,804$ ) no estudo da relação entre os fatores e a configuração global da PREFUCI-I, que se traduziu numa correlação positiva alta. As PAI e PGV apresentaram correlações positivas moderadas com a configuração global da PREFUCI-I.

Procedeu-se ao estudo da associação entre as diferentes práticas relacionais da PREFUCI-F e da PREFUCI-I (Quadro 14). Encontraram-se relações positivas entre os itens homónimos de ambas as escalas, com diferentes magnitudes, nomeadamente:

- moderadas – “Promover a participação dos familiares em procedimentos não invasivos” ( $r=0,695$ ); “Disponibilizar aos familiares o contacto do serviço 24h/dia, para obtenção de esclarecimentos/informações” ( $r=0,689$ ); “Promover a presença de familiares, junto do cliente, no decorrer de procedimentos não invasivos (cuidados de higiene, alternância de decúbitos, mudança de roupa)”

( $r=0,677$ ); “Escutar a opinião dos familiares sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no decorrer do internamento em UCI” ( $r=0,598$ ); “Permitir a tomada de decisão partilhada com a família do cliente, relativamente a procedimentos” ( $r=0,593$ ); “Informar o que o familiar verá (aspeto do cliente, equipamento envolvente e dispositivos de suporte e monitorização)” ( $r=0,573$ ); “Estabelecer relação de confiança” ( $r=0,570$ ); “Escutar a opinião dos familiares sobre os espaços que lhes são destinados” ( $r=0,550$ ); “Permitir a tomada de decisão partilhada com a família do cliente, relativamente a atitudes terapêuticas” ( $r=0,549$ ); “Gerir o número de visitantes de acordo com as necessidades do cliente/família” ( $r=0,537$ ); “Disponibilizar-se para esclarecer dúvidas” ( $r=0,501$ ); “Identificar-se e apresentar-se (Nome e categoria profissional)” ( $r=0,498$ );

- baixas – “Avaliar a adaptação da família face à situação de internamento em UCI.” ( $r=0,353$ ); “Gerir o horário de visitas.” ( $r=0,343$ ); “Informar os familiares sobre situações de fim de vida.” ( $r=0,340$ );

Observou-se que uma maior frequência de implementação está associada à atribuição de maior importância a essas mesmas práticas.

Quadro 14 – Matriz de Correlações de Pearson entre as PREFUCI da PREFUCI-F e da PREFUCI-I

PREFUCI-I																
PREFUCI-F	Itens	1	2	4	5	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
	1	0,498**														
	2		0,573**													
	4			0,343**												
	5				0,537**											
	7					0,677**										
	8						0,695**									
	9							0,593**								
	10								0,549**							
	11									0,340**						
	12										0,501**					
	13											0,689**				
	14												0,598**			
	15													0,550**		
	16														0,353**	
	17															0,570**

\*\* Correlação é significativa ao nível de 0,01 (2-tailed)

No que se reporta à correlação entre as escalas por fator e configuração global, encontraram-se associações positivas moderadas entre os fatores homónimos da PREFUCI-F e da PREFUCI-I, destacando-se a relação entre as Práticas de integração em procedimentos técnicos e processos de tomada de decisão de ambas as escalas pela associação positiva com maior magnitude, sendo que a relação entre as Práticas de acolhimento e informação e as Práticas de gestão de visitas é a de menor magnitude (Quadro 15). Na relação entre os diferentes fatores, de ambas as escalas, surgiram correlações positivas de baixa ou muito baixa magnitude. As correlações entre os fatores e *score* global em ambas as escalas foram positivas de moderada magnitude, com exceção das PGV (Quadro 15).

**Quadro 15 – Matriz de Correlações de Pearson entre a PREFUCI-F e a PREFUCI-I**

Escalas	Práticas relacionais	PREFUCI-I			
		PAI	PIPTTD	PGV	Score Global
PREFUCI-F	PAI	0,580**	0,308**	0,179**	0,433**
	PIPTTD	0,262**	<b>0,627**</b>	0,151*	0,492**
	PGV	<b>0,105*</b>	0,111*	0,446**	0,293**
	Score Global	0,399**	0,505**	0,347**	0,557**

\*\* Correlação é significativa ao nível de 0,01 (2-tailed)

\* Correlação é significativa ao nível de 0,05 (2-tailed)

Em suma, todas as correlações existentes eram positivas, significativas para um nível de 0,05, variando entre 0,105 e 0,807. A existência de correlações totalmente positivas sugere concordância nas classificações atribuídas, e a moderada intensidade, da maioria delas, indica que cada item tem uma parte comum aos restantes itens mas também explica algo único e específico, contrariamente às correlações muito elevadas que suscitam dúvidas sobre a redundância dos resultados (Pestana & Gageiro, 2005). Portanto, uma frequência mais elevada de implementação das práticas de acolhimento e informação, das práticas de integração em procedimentos técnicos e processos de tomada de decisão e das práticas de gestão de visitas está associada a valores mais elevados de importância das mesmas, em ambas as escalas.

## 5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a análise e apresentação dos resultados mais relevantes, deve proceder-se à sua integração e contextualização com a evidência científica existente, de modo a conferir-lhes significado. Neste sentido, apresenta-se a discussão dos resultados.

A maioria dos enfermeiros participantes no estudo eram do sexo feminino (73,2%), tinham idades compreendidas entre os 24 e os 53 anos ( $M=34$ ). Estes dados estão de acordo com a realidade da profissão de enfermagem, que é maioritariamente procurada por elementos do sexo feminino, por razões sociológicas (Dias, 2005), e com a realidade portuguesa, pois segundo dados estatísticos da OE (2014), 53814 dos enfermeiros ativos são mulheres e 12058 são homens, sendo que a maior percentagem se encontra na faixa etária dos 26 aos 30 anos, seguida da faixa etária dos 30 aos 35 anos.

A média de anos de profissão ( $M=11,44$ ) era superior à média de anos no serviço ( $M=8,69$ ), sendo o valor mais frequentemente encontrado de sete anos de profissão e de dois anos de tempo no serviço. À luz da definição de níveis de competência profissional de Benner (2005), estes valores refletem uma amostra detentora de competências profissionais ao nível de perito (mais de cinco anos de exercício de enfermagem), no entanto, é sugestivo de alguma imaturidade ao nível das competências profissionais que visam dar resposta à especificidade dos cuidados prestados na UCI, situando-se, neste contexto, ao nível de um enfermeiro iniciado (menos de três anos de exercício na sua UCI).

A maioria dos enfermeiros exercia a sua atividade profissional em UCI de adultos, na categoria profissional de enfermeiro, e sob um regime contratual que pressupõe um vínculo institucional de longa duração. Gonçalves, em 2012, concluiu que dos 925 enfermeiros portugueses que constituíam a sua amostra, 76,5% apresentavam vínculo laboral de longa duração e tinham, na sua maioria, a categoria de enfermeiro. Estabelecendo-se um paralelismo, o vínculo e a categoria profissional da maioria dos participantes está de acordo com o dos seus pares, confirmando-se que a amostra é congruente com a realidade dos enfermeiros portugueses.

A licenciatura é o grau académico que a maioria dos inquiridos detinha. Concluiu-se igualmente que a maioria dos enfermeiros não possuía formação pós graduada, o que corrobora os dados estatísticos da OE (2014), dos enfermeiros ativos, apenas 20% possui especialidade.

Quanto à formação em enfermagem de família apenas 49,4% dos participantes referiu possuí-la. Este défice de formação em enfermagem de família já tinha sido

constatado por Figueiredo e Martins (2010) e por Ganong (2011), refletindo uma lacuna com extensão internacional comum à formação em enfermagem.

O questionário foi construído tendo por base a evidência científica já existente sobre necessidades priorizadas pelos familiares da PSC, atitudes e percepções dos enfermeiros face à família da PSC e alguns instrumentos com validade psicométrica existentes, destinados a avaliar atitudes e necessidades dos enfermeiros e famílias no âmbito da sua interação em UCI (Hickey & Lewandowski, 1988; Wasser et al., 2001; Azoulay et al., 2002; Heyland et al., 2002; Fox-Wasylyshyn, El-Masri & Williamson, 2005). Embora partindo de conteúdos já existentes, entendeu-se que o estudo preserva a sua singularidade, pois visa avaliar a realidade das UCI portuguesas, de forma precisa e objetiva, não tendo sido encontrado nenhum estudo nos mesmos contornos.

Face ao reconhecimento da necessidade efetiva de desenvolver instrumentos que objetivem e avaliem a dinâmica relacional dos enfermeiros com as famílias (Saveman, 2010), em diferentes contextos e com amostras capazes de refletir a complexidade e diversidade cultural contemporâneas (Ganong, 2011), considerou-se que os resultados obtidos enriquecem o conhecimento subjacente ao processo de interação entre os enfermeiros e os familiares da PSC, fornecendo informações úteis, que poderão ser aplicadas na revisão e reestruturação das práticas relacionais dos enfermeiros com a família em UCI.

O estudo pretendeu, também, refletir uma perspetiva diferente do trabalho dos enfermeiros em UCI, descentralizando-se da componente técnica do cuidado e enaltecendo a vertente humana, em que a abrangência do cuidado não se restringe, somente, à PSC, estendendo-se também à sua família. Assim, embora a investigação se tenha desenrolado numa realidade específica, refletindo um contexto particular, não sendo sua pretensão a concretização de inferências ou generalizações, considera-se que os conhecimentos obtidos poderão ser rentabilizados para melhorar e humanizar os cuidados de enfermagem prestados em UCI.

As qualidades psicométricas do instrumento desenvolvido (PREFUCI-F e da PREFUCI-I) foram testadas procedendo-se à verificação da validade de conteúdo (revisão teórica e submissão à avaliação de peritos) validade de constructo (validade fatorial) e análise da consistência interna (alfa de Cronbach).

Após a análise fatorial pelo método de ACP da PREFUCI-F e PREFUCI-I observou-se que ambas as escalas possuíam uma distribuição e agrupamento de itens semelhante, diferindo apenas ao nível da distribuição dos itens 3 e 6, com cargas fatoriais mais elevadas ao nível do F1 na PREFUCI-F e ao nível do F3 na PREFUCI-I. Uma vez que estas escalas pretendiam representar duas medidas diferentes para avaliar o mesmo constructo – as PREFUCI – e que a AF é uma técnica utilizada para determinar a



validade de constructo (Ribeiro, 2010), colocou-se a questão da eventual pertinência de uma solução fatorial semelhante, sem prejuízo dos critérios de retenção previamente estabelecidos. Deste modo, optou-se pela exclusão definitiva dos itens 3 e 6 de ambas as escalas, sem prejuízo da consistência interna. Considerou-se que esta decisão não prejudicaria o instrumento final pois o item 6 pretendia avaliar a frequência com que os enfermeiros desenvolviam e a importância que atribuíam à prática *“Informar sobre o ambiente físico da UCI (composição da unidade do cliente: monitores, ventiladores, dispositivos de suporte)”* que se considerou poder estar implícita na prática expressa no item 2 *“Informar o que o familiar verá (aspeto do cliente, equipamento envolvente e dispositivos de suporte e monitorização)”*. Por sua vez ponderou-se que o item 3 *“Informar sobre o estado de saúde do cliente”*, necessidade primordial identificada pelos familiares, pode ser satisfeita direta ou indiretamente por intermédio de outras práticas relacionais que integram o F1 (Práticas de acolhimento e informação) tais como: *“Disponibilizar-se para esclarecer as dúvidas dos familiares”, “Disponibilizar aos familiares o contacto do serviço 24h/dia, para obtenção de esclarecimentos/informações”*.

Em suma, extraíram-se três fatores: Práticas de acolhimento e informação (PAI); Práticas de integração em procedimentos técnicos e processos de tomada de decisão (PIPTTD) e Práticas de gestão de visitas (PGV). A designação destes foi atribuída em função do enquadramento teórico dos itens agrupados em cada fator, à luz da revisão do conhecimento existente no âmbito da interação entre enfermeiros, clientes e famílias em UCI. Na PREFUCI-F os coeficientes para cada fator são razoáveis e variaram entre  $\alpha=0,731$  (Fator 3) e  $\alpha=0,789$  (Fator 1) e na PREFUCI-I os coeficientes para cada fator variaram entre o bom (Fator 1:  $\alpha=0,837$ ) e o razoável (Fator 3:  $\alpha=0,758$  e Fator 2:  $\alpha=0,787$ ).

Assumiu-se que scores mais elevados nas escalas de frequência e importância sugerem uma atitude promotora de interação positiva com os familiares da PSC em UCI, e scores mais baixos são indicativos de uma atitude inibidora da interação positiva com os familiares da PSC em UCI.

Os enfermeiros consideraram aplicar as *“Práticas de acolhimento e informação”* com uma frequência positiva intermédia, próxima do “Frequentemente” (3,94), sendo este o fator da PREFUCI-F que registou o valor mínimo mais elevado, próximo do “Raramente” (1,86). Na generalidade, neste fator, os enfermeiros situaram as suas respostas entre o “Sempre” e o “Frequentemente”.

Pela análise das práticas relacionais dos enfermeiros com a família em UCI que compõem as PAI, percebe-se que estas são as práticas relacionais com maior pertinência na génese do processo de interação, sendo também as práticas que sustentam toda a ação de enfermagem, independentemente do contexto, pois é por elas

que se constrói, desenvolve e concretiza qualquer relação terapêutica. A qualidade do acolhimento e a informação determinam a consecução da interação positiva, portanto, preconiza-se que na admissão, e posteriormente no decorrer de todo o internamento, os enfermeiros sejam capazes de desenvolver, por meio de uma comunicação eficaz, uma presença promotora do encontro, da escuta e do diálogo, que viabilize o vínculo, a corresponsabilidade, o comprometimento, a valorização do outro e o respeito pelas diferentes características e experiências de cada um, possibilitando uma intervenção ajustada às necessidades específicas de cada cliente e família (Holden, Harrison & Johnson, 2002; Martins et al., 2008; Schneider et al., 2008). Pelo acolhimento cria-se o vínculo que dá início à relação de confiança que constituirá o suporte, de familiares e profissionais, na parceria de cuidados (Schneider et al., 2008).

A pesquisa revelou que muitas vezes o acolhimento e a informação aos familiares são negligenciados, fruto da urgência dos cuidados inerentes à sobrevivência da PSC (Monticelli & Boehs, 2007) e da intensa atividade profissional que é necessária para responder a estas necessidades (Urizzi & Corrêa, 2007), conduzindo à prevalência da componente técnica sobre a componente relacional do cuidado (Martins et al., 2008). Alguns autores sugerem que os enfermeiros implementam mais frequentemente as intervenções que envolvem menor envolvimento emocional e dispêndio de tempo, tais como, explicar o equipamento e procedimentos, em detrimento das intervenções que envolvem mais tempo e maior envolvimento emocional, tal como a avaliação da adaptação familiar (El-Masri & Fox-Wasylyshyn, 2007). Os resultados deste estudo vêm contrariar esta realidade, revelando que os enfermeiros consideram implementar frequentemente as PAI assumindo uma atitude convidativa à interação positiva com os familiares da PSC. Destas, a intervenção que mais se destacou foi o *“Disponibilizar-se para esclarecer dúvidas”*, com a maioria dos enfermeiros a afirmar implementá-la “Sempre” e nenhum reportando que “Nunca” ou “Raramente” realizava esta prática. Estudos mais recentes revelam que os enfermeiros se preocupam em implementar práticas de humanização do cuidado, nomeadamente, no âmbito do fornecimento de informações e esclarecimento de dúvidas (Aslakson et al., 2010), chegando mesmo a salientar a importância da congruência das informações transmitidas, e procurando o envolvimento com a família, mesmo nos momentos destinados à transmissão de informações sobre a condição de saúde do cliente e os objetivos terapêuticos, habitualmente fornecidas pela equipa médica (Karlsson et al., 2011).

*“Escutar a opinião dos familiares sobre a qualidade dos espaços que são destinados”*, foi a prática relacional que reuniu a percentagem mais elevada de resposta na categoria “Nunca”. Não se encontraram estudos que façam referência a esta prática, contudo, a evidência reforça a pouca sensibilidade e o parco conhecimento dos

enfermeiros, na implementação dos meios destinados a avaliar a eficácia das suas intervenções. Leite e Vila (2005) fazem referência à desvalorização da avaliação da adaptação familiar por parte dos enfermeiros. Saveman (2010) e Ganong (2011) mencionam a escassez de investigação desenvolvida no âmbito da avaliação das intervenções implementadas nos contextos da prática com o intuito de promover a interação entre enfermeiros e famílias. Pressupõe-se assim que esta percentagem de resposta negativa (mais elevada comparativamente às restantes PAI mas traduzindo uma percentagem muito pouco significativa dos profissionais), possa estar associada a esta problemática, e não a um défice de disponibilidade dos profissionais.

Considera-se preocupante que 11% dos inquiridos tenham referido que “Nunca” ou “Raramente” se identificam e apresentam (Anexo 9), pois esta é uma prática relacional de extrema relevância no acolhimento e integração das famílias na UCI e uma prática de base a todas as outras. Embora a maioria dos participantes reportem que disponibilizam aos familiares o contacto do serviço 24h/dia, para obtenção de esclarecimentos/informações não se pode deixar de considerar inquietante que 8% afirmem que “Nunca” ou “Raramente” o fazem. Pensa-se que a existência de 15% de enfermeiros que mencionaram que “Nunca” ou “Raramente” informam os familiares sobre situações de fim de vida se relaciona com as competências do enfermeiro.

É inquestionável a necessidade e pertinência do envolvimento da família nos processos de tomada de decisão partilhada sobre procedimentos e atitudes terapêuticas, sendo por isso indispensável a implementação das práticas relacionais que o concretizem (Coulter, 1989; Hammond, 1995; Holden, Harrison & Johnson, 2002; Agard & Maindal, 2009; Karlsson et al., 2011). Relativamente às “Práticas de integração em procedimentos técnicos e processos de tomada de decisão”, e embora os enfermeiros referissem que realizavam todas essas práticas “Sempre” ou “Frequentemente”, foi a que registou maior percentagem de respostas a nível do “Nunca” e “Raramente”, sugerindo que estas são as práticas relacionais que os enfermeiros implementam com menor frequência o que pode comprometer a integração plena dos familiares na tomada de decisão partilhada relativamente a procedimentos técnicos.

*“Permitir a tomada de decisão partilhada com a família do cliente relativamente a procedimentos.”* é a intervenção com percentagem de resposta mais significativa nos extremos positivos da escala de frequência (“Frequentemente” e “Sempre” – Anexo 9). Este dado corrobora o referido por Siddiqui, Sheikh e Kamal (2011) que referem que os profissionais de saúde reconhecem o efeito positivo do suporte familiar nos processos de tomada de decisão partilhada em UCI, admitindo que a adequada comunicação e interação entre eles e a equipa de enfermagem constitui o único e verdadeiro suporte à tomada de decisão, protegendo a autonomia do cliente. Nestes contextos a família

constitui-se, muitas vezes, como o único elemento representativo da vontade do cliente, sendo a única fonte de informação disponível sobre a PSC, sobre os seus valores, as suas crenças, as suas preferências e objetivos e, na sua generalidade, os enfermeiros reconhecem a importância destas informações no momento de definir objetivos e metas terapêuticas (Curtis & White, 2008; Agard & Maindal, 2009). No entanto, embora os enfermeiros constituam o grupo profissional que mais tempo despende na comunicação e interação com os familiares da PSC, tendem a não participar ativamente nas discussões sobre o prognóstico ou em processos de tomada de decisão relativos a atitudes terapêuticas, procedimentos ou até mesmo em situações de fim de vida (Chaves & Massarollo, 2009; Aslakson et al., 2010). O negligenciar das informações que recolhem, chega a ser fonte de revolta, frustração e conflito no seio da equipa multidisciplinar, resultantes de decisões médicas desvinculadas das dos outros profissionais e até mesmo do próprio cliente e família (Chaves & Massarollo, 2009). Somam-se a estes fatores, a falta de tempo para a prossecução de uma comunicação eficaz, a dificuldade no entendimento que deriva da ineficácia da comunicação e os problemas médico-legais subsequentes aos processos de tomada de decisão (Siddiqui, Sheikh & Kamal, 2011). Tudo isto contribui para um afastamento e desresponsabilização que justifica a fraca positividade dos enfermeiros face à implementação destas PREFUCI.

No que concerne à presença e participação em procedimentos, a percentagem mais elevada de respostas dos enfermeiros situa-se no “Nunca” e “Raramente” (Anexo 9). Estes dados suportam o referido por outros investigadores que referem que os enfermeiros tendem a posicionar-se negativamente face ao envolvimento e participação dos familiares no cuidado físico à PSC, fundamentando-se na escassa preparação dos familiares para o fazer e no elevado grau de exigência imposto pela fragilidade da situação de saúde em que se encontra a PSC (Tomlinsom et al., 2002).

Vários investigadores (Coulter, 1989; Hammond, 1995; Holden, Harrison & Johnson, 2002; Karlsson et al., 2011) mencionam que há uma renitência generalizada à presença e envolvimento da família no cuidado à PSC e, mesmo quando os enfermeiros revelam uma atitude positiva face a este envolvimento, admitem-no com inúmeras restrições. Hammond (1995) concluiu que a maioria dos enfermeiros da sua amostra concordava com o conceito de envolvimento da família na prestação de determinados cuidados, nomeadamente, banho no leito, exercícios de mobilização passiva, cuidados orais, oculares e ao cabelo, salvaguardando que estes não deveriam participar nos cuidados que envolvessem manipulação de fluídos ou resíduos corporais, tais como, substituição de fraldas ou cuidados aos cateteres. A falta de formação e incapacidade dos familiares, bem como o tempo que seria necessário despendido com a sua formação

para a consecução deste tipo de prática em UCI confere, na ótica dos enfermeiros, um caráter utópico à implementação destas práticas (Holden, Harrison & Jonhson, 2002).

No que concerne às Práticas de gestão de visitas, estas foram as que registaram a média mais elevada na frequência de implementação. É do conhecimento empírico que, na maioria das UCI, a gestão das visitas é assumida pelos profissionais de enfermagem, competindo a estes a responsabilidade de articular a presença dos familiares com a organização do cuidado e dinâmica de trabalho da UCI, de modo a possibilitar o seu desenrolar sem complicações adicionais. Com o emergir da humanização do cuidado as UCI pediátricas e obstétricas, mudaram as suas práticas de gestão de visitas, liberalizando-as, contrariamente às UCI de adultos que comprovadamente gerem as visitas em função de normas rígidas e limitativas, constituindo-se como os serviços que oferecem mais resistência à sua liberalização (Gavaghan & Carroll, 2002; Berwick & Kotagal, 2004; Gonzalez et al., 2004). No presente estudo verificou-se que a maioria dos enfermeiros reportou que geria o horário de visita e o número de visitas de acordo com as necessidades do cliente/família “Sempre” ou “Frequentemente”. Este resultado não corrobora os achados de outros investigadores que referem que, embora os enfermeiros admitam implementar PGV liberais, efetivamente aplicam políticas de restrição, percebendo os períodos de visita de forma pessimista (Holden, Harrison & Johnson, 2002; Leite & Vila, 2005; Berwick & Kotagal, 2004), instituindo fortes restrições ao número de visitantes e ao período de tempo de visita (Farrell, Joseph & Schwartz-Barcott, 2005).

No que respeita às PREFUCI a que os enfermeiros atribuem maior e menor importância verificou-se que as Práticas de acolhimento e informação apresentaram uma média elevada de resposta (4,30), que se situa entre “Muito importante” e o “Totalmente importante”, sendo as práticas a que os enfermeiros atribuem maior importância e também as práticas em que se verificou o valor mínimo de resposta mais elevado (2,67), próximo do “Importante”. À semelhança do que aconteceu na PREFUCI-F, assumiram posição de destaque o *“Disponibilizar-se para esclarecer dúvidas”*, considerado “Totalmente importante” por 76,3% dos enfermeiros, e *“Escutar a opinião dos familiares sobre os espaços que lhes são destinados”* como a intervenção que reuniu cumulativamente a maior percentagem de respostas negativas (6,0%) nas categorias “Nada importante” e “Pouco importante” (Anexo 10).

Acolher não é dar resposta a todas as necessidades do cliente e família, mas dispor-se a escutar e dar atenção na identificação e compreensão das mesmas, valorizando a sua individualidade. Assim, a atitude dos profissionais de enfermagem face à família, depende, entre outros aspetos, da importância que estes atribuem ao reconhecimento e satisfação das necessidades dos familiares da PSC (O'Malley et al.,

1991), sendo certo que o não reconhecimento desta importância fará com que não sejam movidos esforços em prol da sua satisfação. Na generalidade, a investigação realizada revelou que a maioria os enfermeiros percecionam como importantes as necessidades dos familiares, o que corrobora os estudos de outros autores (Holden, Harrison & Johnson 2002; Benzei et al., 2008; Agard & Maindal, 2009; Saveman, 2010). Contudo, a priorização das necessidades pelos enfermeiros nem sempre é coincidente com a dos familiares, conduzindo a intervenções não conducentes com as suas expectativas (Fox-Wasylyshyn, El-Masri & Williamson, 2005; Davidson, 2009). Poderá residir nesta questão a justificação para a variação das percentagens de respostas nas PAI. Tomlinson e col. (2002) concluíram que os enfermeiros atribuem maior importância às necessidades cognitivas (conhecimento sobre tratamento, qualidade e acesso à informação), comparativamente com as psicológicas (confiança nas competências da equipa, ou mudanças no estado do cliente), ou de conforto físico e emocional. É sugestivo de que os resultados obtidos estejam de acordo com estes, pois os enfermeiros portugueses atribuíram maior importância às PAI relativas ao esclarecimento de dúvidas e ao fornecimento de informações, passando para segundo plano as destinadas a avaliar a satisfação familiar com a qualidade dos espaços que lhes são destinados ou a sua adaptação à situação de internamento em UCI.

A PAI *“Escutar a opinião dos familiares sobre o ambiente dos espaços que lhes são destinados”* obteve a maior percentagem de respostas a nível do “Importante”, “Pouco importante” e “Nada importante”. A evidência demonstra que espaços pequenos e desconfortáveis, associados ao ambiente altamente tecnológico da UCI, saturado de equipamentos e ruído (Vila & Rossi, 2002; Gavaghan & Carroll, 2002; Holden, Harrison & Johnson, 2002; Leite & Vila, 2005; Santos & Silva, 2006), e à inexistência de espaços reservados e tranquilos, onde se possa estabelecer o diálogo com os familiares, interferem com o conforto e privacidade de clientes e famílias impondo limites à interação, pois condicionam a predisposição e o espaço destinado ao desenvolvimento da relação interpessoal positiva (Kuzin et al., 2007; Chaves & Massarollo, 2009). Posto isto, os resultados obtidos neste estudo poderão provocar alguma inquietação, pois sugerem que possa existir alguma discrepância entre as necessidades percebidas pelos enfermeiros e as priorizadas pelos familiares descritas na literatura, o que poderá comprometer significativamente a qualidade do cuidado (Whyte, 1997).

As “Práticas de integração em procedimentos técnicos e processos de tomada de decisão” foram aquelas a que os enfermeiros atribuíram menor importância, situando-se a média de respostas no “Importante” (3,15), tal como na PREFUCI-F. Evidenciou-se a intervenção *“Permitir a tomada de decisão partilhada com a família do cliente, relativamente a procedimentos”*, pela percentagem mais elevada de respostas no

extremo positivo da escala de frequência, como “Muito importante” e “Totalmente importante” (PC=46,1%) (Anexo 10). Alguns autores sugerem que os enfermeiros assumem uma atitude positiva face aos processos de tomada de decisão com os familiares da PSC, reconhecendo que a comunicação e interação adequada entre os familiares e a equipa multidisciplinar constitui o único e verdadeiro suporte à tomada de decisão em UCI, protegendo a autonomia do cliente (Siddiqui, Sheikh & Kamal, 2011). Os resultados obtidos no estudo parecem não corroborar estes resultados, pois, embora as práticas relativas aos processos de tomada de decisão tenham tido uma maior expressão nas respostas positivas da escala de importância, relativamente às outras PIPTTD, assumiram percentagens consideráveis de resposta nas restantes categorias da escala da importância, nomeadamente: o *“Permitir a tomada de decisão partilhada com a família do cliente, relativamente a procedimentos”* como “Importante” (PC=36,0%), “Pouco importante” e “Nada importante” (PC=17,4%), e o *“Permitir a tomada de decisão partilhada com a família do cliente relativamente a atitudes terapêuticas”* como “Importante” (PC=39,1%), “Pouco importante” e “Nada importante” (PC=17,1%) (Anexo 10). Concluiu-se assim, que ainda há um leque considerável de enfermeiros que adota uma atitude inibidora da interação, face aos processos de tomada de decisão, atestando que se continuam a verificar falhas importantes na intervenção dos enfermeiros neste âmbito (Curtis & White, 2009). Esta desvalorização poderá ter subjacente, a dificuldade dos enfermeiros em gerir as necessidades emocionais dos familiares, e um défice de competências de gestão dos processos de tomada de decisão, pois, a dor e o sofrimento experienciados pelos familiares da PSC nestas circunstâncias, embora suscite a solidariedade e empatia dos profissionais de enfermagem (Chaves & Massarollo, 2009), fomentando neles um sentimento de solidariedade que impõe a necessidade de cuidar do cliente e família como gostariam que cuidassem da sua (Farrell, Joseph & Schwartz-Barcott, 2005), implica também um desgaste, *stress* e sofrimento intensos, transformando a interação terapêutica numa das vertentes mais exigentes do desempenho dos enfermeiros (Söderström, Benzein & Saveman, 2003; Benzein et al., 2008; Saiote, 2010). O diálogo aberto e franco sobre as preferências do cliente e os objetivos terapêuticos, inerente aos processos de tomada de decisão, confere maior intensidade à relação e agudiza o *stress* e desgaste que lhe são inerentes (Daly et al., 2010), podendo conduzir à adoção de atitudes inibidoras da interação.

A prática *“Promover a presença de familiares, junto do cliente, no decorrer de procedimentos não invasivos (cuidados de higiene, alternância de decúbitos, mudança de roupa)”* foi a PIPTTD menos valorizada pelos enfermeiros (“Pouco importante” e “Nada importante” PC=38,8%), sendo este, um resultado muito semelhante ao obtido relativamente à intervenção *“Promover a participação dos familiares em procedimentos*

*não invasivos*”, ao ser considerada “Pouco importante” e “Nada importante” por 38,6% dos enfermeiros (Anexo 10). Estes resultados corroboram os já existentes, que demonstram que, no âmbito do envolvimento da família da PSC em procedimentos, há consistentemente a adoção de uma atitude negativa dos profissionais de enfermagem (Holden, Harrison & Johnson, 2002). Mesmo os profissionais que reconhecem algum benefício neste envolvimento, impõem limites e restrições à sua concretização (Hammond, 1995). A falta de formação dos familiares, a elevada exigência de cuidados da PSC, as condições físicas de muitas UCI, a sobrecarga e o excesso de trabalho comuns a muitos serviços de cuidados intensivos, o tempo necessário para a formação adequada dos familiares, a segurança da PSC e as questões médico-legais decorrentes de complicações, são algumas das justificações apontadas pelos enfermeiros para o afastamento dos familiares do leito dos clientes em UCI, considerando que a satisfação de todos estes requisitos não é concretizável em UCI (Hammond, 1995; Holden, Harrison & Johnson, 2002).

As Práticas de gestão de visitas foram classificadas, em média (4,14) como “Muito Importante”. “*Gerir o número de visitantes de acordo com as necessidades do cliente/família*” foi a PGV mais valorizada pelos sujeitos, classificada como “Muito importante” e “Totalmente importante” por 81,1% dos enfermeiros, e o “*Gerir o horário de visitas*” foi considerada “Muito importante” e “Totalmente importante” por 79,8% dos participantes (Anexo 10), demonstrando que as respostas se situaram no extremo positivo da escala de importância com grande expressividade. Estes resultados foram surpreendentes, pois os estudos consultados no âmbito das políticas de gestão de visitas, sugerem resultados diferentes, revelando que, na generalidade, os enfermeiros percecionam de forma pessimista estes períodos, oferecendo uma resistência considerável à liberalização das políticas de gestão de visitas fundamentada pelo aumento do *stress* psicológico para o cliente, a interferência com a dinâmica de funcionamento da UCI e a prestação de cuidados ao cliente, e a exaustão física e mental para os familiares e amigos da PSC (Holden, Harrison & Johnson, 2002; Berwick & Kotagal, 2004). Importa neste contexto salientar que, apesar da atitude desfavorável à liberalização das visitas em UCI, os enfermeiros admitem flexibilizar as regras de visita perante famílias tranquilas e colaborantes, e especialmente em situações de fim de vida (Farrel, Joseph & Schwartz-Barcott, 2005), revelando reconhecimento perante a necessidade de proximidade dos familiares, podendo esta ser uma das justificações possíveis face à positividade dos resultados obtidos neste estudo, comparativamente com os demais. Conjugando estes resultados com os da PREFUCI-F (em que as PGV foram as práticas implementadas com maior frequência), admite-se a possibilidade de se estar perante uma mudança de atitude e comportamento dos profissionais de



enfermagem, o que poderia ser confirmado pela observação direta do seu comportamento nos contextos reais da prática de cuidados.

No que se refere ao estudo da relação entre a frequência de implementação das PREFUCI e a importância que lhes atribuem, verificou-se que as PREFUCI homónimas de ambas as escalas estão positivamente associadas, maioritariamente por intermédio de relações de moderada magnitude, constatando-se que maiores valores de uma estão associados a maiores valores da outra. Do mesmo modo, pela correlação entre os fatores e destes com a configuração global de ambas as escalas, observou-se a existência de correlações positivas, de moderada magnitude, entre os fatores homónimos de ambas as escalas, e entre estes e a configuração global das mesmas, com exceção das PGM, que apresentam uma associação moderada entre si, mas mais baixa do que as restantes, e ainda uma associação baixa com a configuração global da PREFUCI-F e da PREFUCI-I. A menor magnitude destas associações pode dever-se ao facto de este fator ser composto apenas por dois itens. Resumindo, o estudo demonstrou que maiores valores de importância estão associados a maiores valores de frequência de implementação das práticas relacionais, confirmando que é fundamental a sensibilização dos enfermeiros para a identificação das necessidades dos familiares, por forma a garantir uma intervenção ajustada à sua satisfação (Whyte, 1997). Posto isto, seria interessante, num estudo futuro, determinar se a importância atribuída às PREFUCI é preditiva da frequência com que os enfermeiros as implementam no seu quotidiano, e em que medida o seria.

De um modo geral, os resultados obtidos são favoráveis, revelando-se mais positivos e congruentes face à pesquisa realizada, pois, na generalidade das PREFUCI, em ambas as escalas, existe um reflexo sugestivo de uma atitude proativa e promotora de interação positiva por parte dos enfermeiros relativamente aos familiares da PSC. Todavia, ressalva-se que a média de resposta na PREFUCI-I, em cada fator e na configuração global, foi positiva e mais elevada do que na PREFUCI-F, sendo sugestivo que os enfermeiros tendem a implementar as PREFUCI com uma frequência inferior ao nível de importância que lhes atribuem.

A análise do contexto real das UCI, em estudos baseados em observação participante, revelou que ainda persiste uma dicotomia entre a teoria e a prática no âmbito da humanização do cuidado em UCI. O cuidado humanizado pressupõe respeito, carinho, diálogo, privacidade e envolvimento da família. Porém, os profissionais das UCI apresentam comportamentos, condutas e atitudes que caracterizam a UCI como um ambiente mecânico e desumano, centrado em ações rotineiras e padronizadas (Vila & Rossi, 2002; Davis, 2002; Siqueira et al., 2006; Martins et al., 2008; Agard & Maindal, 2009). Apesar de muitos profissionais considerarem importante a interação com

familiares e admitirem que despendem parte do seu tempo a desenvolvê-la, na prática não o fazem, constatando-se que na prática o contacto com a família é na maioria das vezes formal, burocrático e despersonalizado (Vila & Rossi, 2002). Assim, os enfermeiros reportam como foco de atenção o sofrimento dos clientes, a necessidade de resposta imediata perante situações que ameaçam a vida e o suporte emocional aos familiares (Santos & Guirardello, 2007). Admitem otimizar o ambiente físico proporcionando conforto e privacidade aos clientes e familiares, enfatizam a importância do diálogo, da informação, da sua identificação face ao cliente e família, e da personalização do cuidado, no entanto, na prática, referem-se aos clientes pelo número, centram as informações a fornecer à família nas rotinas de trabalho, horário de visitas e regras de funcionamento a UCI, imitando o espaço destinado à expressão de sentimentos (Vila & Rossi, 2002). O presente estudo parece contradizer esta realidade, sugerindo que existiu uma mudança gradual na atitude e conduta dos enfermeiros que exercem funções em UCI, tornando-os mais recetivos e proativos na implementação de uma interação terapêutica com os familiares da PSC. Na verdade, outros autores acalentam esta ideia de mudança, sugerindo que gradualmente os enfermeiros começam a consciencializar-se dos seus défices de formação e conhecimento na gestão da interação com a família, admitindo dificuldades no desenvolvimento das suas competências e habilidades relacionais (Tomlinson et al., 2002; Peden-McAlpine et al., 2005). Os enfermeiros reconhecem e compreendem a destabilização familiar provocada pelo internamento em UCI, mas consideram-se por vezes incapazes de lidar com as questões emocionais no relacionamento com a família (Corrêa, Sales & Soares, 2002). Efetivamente estes resultados refletem a percepção dos enfermeiros sobre o seu próprio desempenho, o que poderia ser corroborado ou não, através da observação participante. No entanto, a congruência de resultados entre ambas as escalas, sugere consistência numa atitude proativa face à família, que parece ultrapassar a procura de uma congruência socialmente desejável.

A explicar as diferenças entre a frequência e a importância, apontam-se múltiplos fatores que não foram especificamente explorados neste estudo, traduzindo-se esta limitação numa linha orientadora para investigações futuras. Da evidência disponível extraiu-se que a sobrecarga de trabalho, o foco no cuidado centrado no cliente, as demandas de cuidados da PSC, a escassez de tempo, o medo face ao envolvimento emocional, as crenças, os preconceitos e debilidades pessoais dos enfermeiros, as características, atitudes e valores de enfermeiros e familiares, as condições físicas da UCI, a hierarquização institucional e a soberania ainda enraizada em alguns locais do poder médico (Vila & Rossi, 2002; Santos & Silva, 2006; Agard & Maindal, 2009; Ruedell et al., 2010; Saveman, 2010) poderão justificar atitudes de maior afastamento pelos

enfermeiros e a adoção de uma conduta inibidora da interação. De acordo com King (1981), sempre que uma pessoa interage com outra acontece uma ação que provoca uma reação, que determina se a interação continua ou não. Segundo Moscovici (1998), as interações originam sentimentos de atração ou de rejeição. A atração induz a continuidade da interação e cooperação entre os seus intervenientes, repercutindo-se favoravelmente na relação interpessoal, e a rejeição conduzirá à redução ou extinção da interação, promovendo o afastamento e uma menor comunicação. Uma atitude proativa é preditiva de uma melhor relação interpessoal (Söderström, Benzein & Saveman, 2003). Por outro lado, a interação é influenciada por percepções, metas, necessidades e valores do cliente e da enfermeira (Moreira & Araújo, 2002), se estas não forem favoráveis à sua consecução, ela não prevalecerá.

De seguida, será apresentada a súmula das conclusões extraídas do estudo, sugestões para investigações futuras e aplicações nos contextos da prática.



## CONCLUSÕES

A conclusão pressupõe a súmula dos principais resultados obtidos no estudo, por forma a facultar uma compreensão objetiva da realidade sobre as PREFUCI.

Este estudo realizou-se, maioritariamente, em UCI de três centros hospitalares do grande Porto, o que limitou a possibilidade de generalização para a população alvo. Contudo, possibilitou a criação de dois instrumentos que permitem avaliar a perceção dos enfermeiros sobre a importância que atribuem e a frequência com que implementam as PREFUCI. Constituiu ainda um estímulo à reflexão individual dos participantes sobre o processo de interação com os familiares da PSC, fornece contributos para a caracterização da relação interpessoal entre enfermeiros e famílias nos contextos da prática de cuidados em UCI, e proporciona uma base de reflexão sobre potencialidades e limitações de desempenho dos profissionais de enfermagem no âmbito da concretização da interação positiva em UCI, fornecendo informações úteis que podem contribuir na análise e reestruturação das práticas relacionais dos enfermeiros com os familiares da PSC em UCI, melhorando a prestação de cuidados de enfermagem.

1. Os instrumentos de recolha de dados (PREFUCI-F e PREFUCI-I) revelaram-se instrumentos válidos e fiéis, adequando-se à avaliação da frequência com que os enfermeiros implementam e à avaliação da importância que atribuem às PREFUCI;

2. A amostra em estudo era consideravelmente homogénea relativamente às características sociodemográficas, profissionais e laborais, enquadrando-se com a realidade da enfermagem em Portugal;

3. Em média, os enfermeiros consideraram implementar as PREFUCI com uma frequência intermédia, entre o “Algumas vezes” e o “Frequentemente”, sendo que em 11 das PREFUCI (73,3%) a frequência assumiu valores no âmbito do “Frequentemente”;

4. Em média, os enfermeiros atribuíram uma importância elevada às PREFUCI, próxima do “Muito importante”, sendo que em 13 das PREFUCI (86,7%) a importância assume uma percentagem mais representativa de resposta nos valores iguais ou superiores a “Muito Importante”;

5. A prática *“Disponibilizar-se para esclarecer as dúvidas dos familiares”* não apresentou qualquer resposta nos valores negativos nas escalas de frequência ou importância, sendo simultaneamente, a PREFUCI que assume a percentagem de resposta positiva mais representativa, como “Sempre” na PREFUCI-F, e como, “Muito Importante” na PREFUCI-I;

6. As restantes PREFUCI registaram valores de resposta nos cinco níveis das escalas de frequência e importância, destacando-se o *“Promover a participação dos familiares em procedimentos não invasivos.”* como a prática relacional com percentagem de resposta mais representativa no “Nunca” na PREFUCI - F, e como “Nada importante” na PREFUCI-I;

7. A dimensão PGV, da PREFUCI-F, registou a média mais elevada de resposta, comparativamente com as restantes dimensões, acima do “Frequentemente”;

8. A dimensão PAI, da PREFUCI-I, registou a média mais elevada de resposta, comparativamente com as restantes dimensões, acima do “Muito Importante”;

9. A dimensão PIPTTD registou a média mais baixa de resposta, comparativamente com as restantes dimensões, em ambas as escalas. Assumiu valores próximos do “Raramente” na PREFUCI-F, e valores próximos do “Importante” na PREFUCI-I;

10. As práticas na dimensão PAI registaram os valores mínimos de resposta mais elevados, próximo do “Raramente” na PREFUCI-F, e próximo do “Importante” na PREFUCI-I;

11. A configuração global da PREFUCI-F está positivamente associada, de forma elevada, com as PAI e PIPTTD, e de forma moderada, com as PGV (indicando que maiores valores de uma estão associados a maiores valores da outra);

12. A configuração global da PREFUCI-I está positivamente associada, de forma elevada, com as PAI, PIPTTD e PGV (mantendo a tendência já verificada na PREFUCI-F);

13. A PREFUCI-I está positivamente associada com a PREFUCI-F, em todas as suas dimensões e configuração global, permitindo concluir que maiores valores de importância atribuída às PREFUCI estão associados a maior frequência de implementação das mesmas.

Face aos resultados obtidos concluiu-se que os enfermeiros revelam uma atitude proativa face à interação positiva com os familiares da PSC, constatando-se que eles atribuem uma importância considerável às PREFUCI, e implementam-nas com uma frequência intermédia, embora nem sempre as apliquem com uma frequência correspondente à importância que lhes atribuem. Pelo paralelismo com a evidência disponível, assume-se que estes resultados são conducentes com a evolução e a mudança de atitude dos profissionais de enfermagem face às PREFUCI, pela qual múltiplas entidades têm vindo a trabalhar ao longo dos últimos anos.

Numa análise final do trabalho desenvolvido, não se pode deixar de ressaltar que os resultados obtidos traduzem a percepção pessoal dos enfermeiros sobre o seu desempenho, o que lhes confere alguma subjetividade e relativismo. Alguns autores afirmam que os enfermeiros tendem a sobrevalorizar o seu desempenho pessoal, demonstrando défices de apreciação autocrítica e uma exigência que se exacerba na avaliação dos pares (Fox-Wasylyshyn, El-Masri & Williamson, 2005; Davidson, 2009). Além disso, não pode excluir-se a hipótese dos resultados refletirem a ânsia de desejabilidade social, frequente no campo da análise de desempenho. No entanto, a substancial congruência dos resultados, reveladores de uma atitude positiva em ambas as escalas (mas não exageradamente positiva), confirmados pela opinião destes enfermeiros sobre a dinâmica relacional estabelecida com os familiares (classificada como boa pela maioria), confere consistência aos resultados e fomenta a positividade na sua interpretação. A adição de um outro método de colheita de dados, nomeadamente a observação, contribuiria para dissipar dúvidas e sustentar invariavelmente esta ilação.

As Práticas de gestão de visitas evidenciaram-se como as práticas relacionais que os enfermeiros implementam com maior frequência, o que veio sustentar a ideia de mudança na atitude dos enfermeiros, parecendo corroborar que a visita é um dos momentos mais oportunos para a efetivação do envolvimento da família no cuidado em UCI, e deve ser rentabilizado nesse sentido (Ruedell et al., 2010). Embora o tempo, o número de visitas e quem deve visitar a PSC, continuem a ser temas controversos em múltiplos contextos da prática de cuidados, não parecem constituir um obstáculo a uma interação positiva para os participantes deste estudo, pelo contrário, a elevada frequência de implementação das PGV, enaltece a responsabilidade e autonomia dos enfermeiros na gestão destas questões e faz supor um adequado conhecimento sobre o papel desempenhado pela família em UCI.

O destaque que as Práticas de acolhimento e informação apresentaram enquanto dimensão da PREFUCI-I à qual os enfermeiros reconheceram maior importância, veio conferir mais consistência à ideia de que ocorreu uma evolução face ao reconhecimento da importância da interação terapêutica com os familiares da PSC, já que o sucesso do acolhimento é determinante no sucesso da relação terapêutica, sendo pelo acolhimento que se principia a operacionalização do processo de cuidados em enfermagem. Os bons resultados nestas práticas alvitraram que estes enfermeiros se encontram no caminho certo para a consecução do cuidado humanizado em UCI, pois o acolhimento é a chave para o resgate da missão dos serviços de saúde, para a valorização da vida, para a mudança nas relações e no modo como a assistência em saúde é oferecida a usuários e trabalhadores (Schneider et al., 2008).

Surpreendentes e preocupantes foram os resultados obtidos nas PIPTTD, particularmente no âmbito da promoção da presença e participação dos familiares em procedimentos não invasivos. De facto, os resultados obtidos são integralmente congruentes com a evidência disponível revelando que os enfermeiros assumem preferencialmente uma atitude negativa face à presença e participação dos familiares em procedimentos não invasivos. A falta de preparação dos familiares, o tempo que teria de ser despendido na sua formação, a exigência do cuidado à PSC e a debilidade da sua situação de saúde (Tomlinsom et al., 2002; Demir, 2008) contribuem para que os enfermeiros remetam para segundo plano estas práticas, considerando-as utópicas nos contextos atuais de trabalho (Holden, Harrison & Johnson, 2002). Mais uma vez, os resultados do estudo estão em concordância com os já descritos na literatura, pois os enfermeiros participantes não só implementam com pouca frequência as práticas promotoras do envolvimento dos familiares nos procedimentos não invasivos, como lhes atribuem menor importância comparativamente com as restantes práticas relacionais.

Os enfermeiros não decidem ativamente nos processos de tomada de decisão relativos aos processos terminais ou medidas terapêuticas, no entanto, não deixam de reconhecer a importância do envolvimento da família nestes processos e do respeito pelas preferências pessoais do cliente (Chaves & Massarollo, 2009). Os processos de tomada de decisão, mesmo em situações de fim de vida devem ser considerados uma responsabilidade partilhada pela equipa multidisciplinar, não só pela complexidade das questões que lhe estão inerentes, mas porque envolvem uma intervenção multidisciplinar. Os protocolos institucionais mais uma vez podem servir como um suporte para os profissionais nos processos de tomada de decisão reduzindo o desconforto, o *stress* e até o medo de complicações médico-legais que possam surgir. Além disso, possibilitariam uma correta avaliação e identificação das necessidades e preferências de clientes e familiares, contribuindo para uma tomada de decisão informada e congruente com a vontade e os valores de familiares e clientes (Curtis & White, 2008). Os processos de tomada de decisão requerem tempo para os familiares, pelo que é importante que o caminho para a sua concretização comece a ser preparado desde a admissão da PSC na UCI, já que uma relação interpessoal de qualidade com a equipa multidisciplinar constitui o suporte mais eficaz à família no decurso dos processos de tomada de decisão (Jacobowski et al., 2010). King (1981) afirma que os enfermeiros só estarão aptos à tomada de decisão quando se consciencializarem do papel crucial que as perceções, a comunicação, e a interação assumem na definição e consecução de metas como forma de viabilização do processo terapêutico. A valorização das PAI sugere que apesar de ainda não assumirem a conduta mais adequada face às PIPTTD estes profissionais poderão estar no caminho certo para uma revisão de atitudes.



Sabe-se que garantir a segurança e assegurar o cuidado necessário à PSC, são princípios fundamentais que regulam a conduta de qualquer enfermeiro que exerça funções em UCI, que os profissionais de enfermagem que reconhecem a doença como um assunto de família, têm maior propensão para procurar e consolidar o conhecimento e as habilidades necessárias para a avaliação da situação familiar, e que o real para os enfermeiros, seja problema ou intervenção, resulta de uma construção própria do mundo, logo as ações que as enfermeiras desenvolvem são influenciadas pela sua conduta pessoal (Wright & Leahey, 2011). Assim, a construção de uma relação interpessoal terapêutica, impõe que os enfermeiros conheçam a evidência científica atual, para desmistificar a presença da família em UCI, excluindo crenças e preconceitos infundados. Além disso, para a adequada condução da interação com os familiares da PSC, os enfermeiros necessitam munir-se de competências de comunicação terapêutica e gestão da crise, adotando uma atitude de empatia, disponibilizando-se para escutar e esclarecer dúvidas, demonstrando comprometimento e colaborando na resolução dos problemas familiares. Estas competências adquirem-se pela formação e reflexão conjunta com os pares e superiores e desenvolvem-se com a experiência, nos contextos de trabalho (Gavaghan & Carroll, 2002).

Primordialmente é necessária uma consciência clara e objetiva que a relação interpessoal entre enfermeiros e familiares da PSC nunca decorrerá em situações ideais, pois nasce, desenvolve-se e concretiza-se na UCI, com todos os condicionalismos que lhe estão subjacentes. Importa assim, dotar os profissionais das competências e meios para contornar e ultrapassar estes condicionalismos, rentabilizando ao máximo, no seu ambiente real de prestação de cuidados, as técnicas, os princípios e as intervenções projetadas teoricamente como instrumentos de trabalho na consecução da relação interpessoal em UCI. Nos dias de hoje, os enfermeiros começam a desenvolver uma consciência coletiva dos seus défices de formação, no âmbito da gestão e desenvolvimento da interação com os familiares, admitindo que embora reconheçam a importância da relação interpessoal com os familiares, possuem competências comunicacionais limitadas para a sua condução com sucesso (Ganong, 2011).

Deste modo, a humanização do cuidado pressupõe a revisão dos problemas burocráticos, estruturais e técnicos, mas principalmente envolve uma revisão de atitudes, comportamentos, valores e ética moral e profissional de cada enfermeiro. Urge formar os profissionais no âmbito da enfermagem de família dotando-os das competências necessárias à sua implementação. Whyte (1997) salienta que é um erro pensar que serão os estudantes os principais agentes operadores de mudança, pois o processo de formação e aprendizagem no âmbito da relação interpessoal requer tempo e habilidades pessoais e profissionais que só se conseguem aprimorar com experiência pessoal e

profissional (Santos & Silva, 2006), logo o caminho para a mudança passará pela formação daqueles que efetivamente se encontram no contexto da prestação direta de cuidados ao cliente e respetiva família.

### **Aplicação do estudo e sugestões**

À semelhança de qualquer pesquisa, este estudo, ao partir de inquietações despoletadas nos contextos da prática de cuidados em UCI, seria desprovido de sentido se os seus conteúdos não encontrassem aplicabilidade prática na melhoria dos cuidados de enfermagem. Neste momento, procura-se refletir criticamente sobre o percurso efetuado, delineando sugestões de melhoria e linhas de orientação para pesquisas futuras.

O seu cariz metodológico remeteu para investigações futuras a aferição sobre o caráter preditivo que a importância atribuída às PREFUCI poderá ter na determinação da frequência com os enfermeiros as colocam em prática, sendo este um possível objetivo em investigações futuras que envolvam a PREFUCI-I e a PREFUCI-F.

Perante a impossibilidade de generalizar os resultados para a população alvo, derivada do limitado contexto em que a PREFUCI-F e a PREFUCI-I foram aplicadas, e perante a reconhecida diversidade de resultados, nos múltiplos contextos de investigação sobre o processo relacional entre enfermeiros e familiares da PSC (Davidson, 2009), estima-se que seria de todo o interesse a aplicação de ambas as escalas em UCI de outras regiões do país, em centros hospitalares com um maior número de serviços de cuidados intensivos, de modo a averiguar se se mantém o mesmo padrão de resposta relativamente às PREFUCI. Seria ainda adequada a inclusão de um novo método de colheita de dados, a observação participante, como forma de clarificar se a atitude positiva que os resultados transmitem é uma realidade efetiva ou apenas fruto de uma avaliação pessoal inflacionada ou de um espírito crítico deficitário, continuando a viver-se a alegada dicotomia entre o “pensado e o vivido” no âmbito da interação entre enfermeiros e familiares da PSC.

O apuramento dos fatores de influência da interação positiva entre enfermeiros e familiares da PSC, bem como a distinção das múltiplas formas que a interação pode assumir nos múltiplos contextos em que se pode desenvolver, poderão ser objetivos pertinentes para futuras investigações no âmbito das UCI portuguesas, bem como, servir de motivação para tradução e validação da PREFUCI-F e da PREFUCI-I em outros países e culturas.

A implementação do estudo em UCI pediátricas foi um dos desafios a ultrapassar, sendo recusada a participação de uma UCI Neonatal, em função da desadequação do

instrumento de colheita de dados à realidade da Neonatologia. Assim, seria pertinente proceder a um estudo comparativo destinado concretamente a avaliar as diferenças, face às PREFUCI, e a identificar quais os fatores que assumem maior peso na determinação do processo de interação entre os enfermeiros e famílias, nos contextos pediátricos e de adultos.

No intuito de promover a replicação do estudo, pretende-se proceder à sua divulgação, não só junto dos profissionais que nele participaram, mas também em publicações oficiais, pela elaboração de um artigo. A publicação é a forma adequada para divulgar os resultados a um maior número de enfermeiros, e esta divulgação poderá constituir um estímulo à reflexão individual e um incentivo à consecução do trabalho já realizado.

Os resultados obtidos proporcionaram informações e conhecimento que poderá contribuir para a prática de cuidados, particularmente, na revisão das PREFUCI, fornecendo um subsídio útil no planeamento e consecução de estratégias destinadas a otimizar a interação positiva e a humanização do cuidado em UCI.

São múltiplas as demandas de atenção dos enfermeiros em UCI. Estes profissionais assumem a responsabilidade pelo cuidado integral à PSC, pelo suporte na gestão das necessidades e da crise familiar e pelo restabelecimento do seu equilíbrio emocional, pelo controlo do ambiente da UCI e pelas mais diversas tarefas subjacentes ao correto funcionamento do serviço e da própria instituição (Corrêa, Sales & Soares, 2002; Farrell, Joseph & Schwartz-Barcott, 2005; Santos & Guirardello, 2007). Por conseguinte, tal poderá influenciar a forma como eles perspetivam o investimento na parceria e integração da família no cuidado em UCI como um objetivo utópico, dificilmente exequível nos contextos reais da prática de cuidados. Portanto, face a enfermeiros despertos para a problemática da humanização do cuidado em UCI e consideravelmente interessados na sua prossecução, emerge a necessidade de repensar as dimensões pessoais, organizacionais, políticas e sociais em relação à família, procurando elevar a qualidade dos cuidados prestados em UCI, sem idealizações deslocadas dos contextos de trabalho e da realidade da relação interpessoal entre enfermeiros e famílias. Urge dotar os enfermeiros de competências relacionais cruciais à consecução de metas objetivas e ajustadas à sua realidade, promovendo a resolução dos conflitos e transpondo a humanização do cuidado da teoria para a prática. Assim, partindo deste princípio, poderia:

- implementar-se um protocolo de admissão, em sala própria, destinada exclusivamente para esse fim, onde médico e enfermeiro procedessem ao acolhimento dos familiares da PSC;

- incentivar-se o preenchimento da avaliação inicial, na admissão ou nos dias imediatamente após, o que possibilitaria aos enfermeiros um conhecimento acrescido sobre a PSC e a respetiva família, criando-se um espaço para a escuta e o diálogo, promotor de vínculo e relação de confiança;
- proceder-se à atualização dos folhetos de admissão, sintetizando a informação pertinente sobre as regras da UCI e normas de funcionamento, bem como, eventuais apoios institucionais aos familiares da PSC. A criação de folhetos informativos que agrupem as orientações fundamentais a transmitir promove uma melhor compreensão das informações e facilita a interação entre enfermeiros e familiares num primeiro contacto (Azoulay et al., 2002; Silva & Contrin, 2007; Kinrade, Jackson & Tomnay, 2009);
- manter-se a flexibilização do horário e o número de visitas de acordo com as preferências de clientes e familiares. As políticas liberais de gestão de visitas estimulam a confiança dos familiares, propiciando a interação e parceria entre profissionais de saúde e familiares da PSC (Berwick & Kotagal, 2004; Farrell, Joseph & Schwartz-Barcott, 2005);
- elaborar-se institucionalmente uma estratégia segura de confirmação da identidade dos familiares via telefone, que viabilizasse facultar informações sobre a situação de saúde do cliente, 24h/dia, assegurando a privacidade de clientes e familiares e protegendo os profissionais de saúde contra possíveis complicações legais;
- promover ações de formação no âmbito da comunicação, técnicas de relacionamento interpessoal, e no âmbito da enfermagem de família, sensibilizando os profissionais para a importância de satisfazer as necessidades dos familiares da PSC, sobre as principais práticas relacionais que deveriam ser implementadas no âmbito da interação com a família em UCI, e instruindo-os sobre a melhor forma de o fazer, dotando-os de conhecimento sobre os instrumentos, e estratégias de intervenção que mais se adequam à gestão da relação interpessoal com os familiares da PSC. Proporcionar aos profissionais de enfermagem uma estrutura clara para a correta identificação das necessidades familiares pode facilitar a transição de um modo de pensar tradicional e individualista para um pensar interativo ou um “pensar família” (Wright & Leahey, 2011);
- contribuir para a definição de protocolos institucionais de suporte à condução do processo de tomada de decisão com a família no âmbito de procedimentos, atitudes terapêuticas e processos de fim de vida, por forma a minimizar as

diferenças nas condutas dos profissionais e os conflitos que delas emergem, bem como, proporcionar um melhor suporte aos clientes e respetivos familiares.

Um líder no processo de humanização é aquele que possui inteligência emocional, que constantemente se questiona a si e ao mundo que o rodeia, que procura incessantemente transcender-se e que é genuíno e transparente na relação com os outros. Estes líderes não devem deixar de lutar pela implementação do cuidado humanizado em UCI, ajudando os restantes enfermeiros a crescer, conduzindo-os no mesmo sentido (Kissooon, 2005). Assim, os profissionais de enfermagem devem assumir-se como agentes transformadores de conduta, operadores de mudança, assumindo a liderança no processo de humanização do cuidado em UCI. Os resultados deste estudo sugerem que, em Portugal, embora o caminho se aviste longo já começou a ser percorrido, permitindo acreditar que a humanização do cuidado começa a ser uma realidade efetiva nas UCI portuguesas.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGARD, A. S.; MAINDAL, H. T. – Interacting with relatives in intensive care unit. Nurses' perceptions of a challenging task. **Nursing in Critical Care** [em linha]. Vol. 14, nº 5 (2009), p. 264-272. [Consult. 6 fev. 2013]. Disponível em WWW:<URL:[http://www.researchgate.net/publication/26766158\\_Interacting\\_with\\_relatives\\_in\\_intensive\\_care\\_unit.\\_Nurses'\\_perceptions\\_of\\_a\\_challenging\\_task](http://www.researchgate.net/publication/26766158_Interacting_with_relatives_in_intensive_care_unit._Nurses'_perceptions_of_a_challenging_task)>. ISSN 1478-5153.
- AL-HASSAN, M. A.; HWEIDI, I. M. – The perceived needs of Jordanian families of hospitalized, critically ill patients. **International Journal of Nursing Practice** [em linha]. Vol.10 (2004) p. 64-71. [Consult. 12 fev. 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-172X.2003.00460.x/abstract>>. ISSN 1440-172X.
- ASLAKSON, R. A. [et al.] – Surgical intensive care unit clinician estimates of the adequacy of communication regarding patient prognosis. **Critical Care** [em linha]. Vol.14, nº 6 (2010), p. 1-8. [Consult. 15 dez. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://ccforum.com/content/14/6/R218>>. ISSN: 1364-8535.
- AZOULAY, E. [et al.] – Impact of a family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of intensive care unit patients: A multicenter, prospective, randomized, controlled trial. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, Vol.165 (2002), p. 438-442. [Consult. 18 dez. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://ajrccm.atsjournals.org/content/165/4/438.full.pdf+html>>. ISSN 1535-4970.
- BENITO, G. A. [et al.] – Interdisciplinaridade no cuidado às famílias: Repensando a prática em saúde. **Família, Saúde e Desenvolvimento** [em linha]. Vol. 5, nº 1 (2003), p. 66-72. [Consult. 23 fev. 2013]. Disponível em WWW:<URL:<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewArticle/5075>>. ISSN 1517-6533.
- BENNER, P. – **De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. 2ª ed. Coimbra: Quarteto, 2005. ISBN 989-558-052-5
- BENZEIN, E. [et al.] – Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care: A survey of Swedish nurses. **Journal of Family Nursing** [em linha]. Vol.14, nº2

- (2008), p. 162-180. [Consult. 12 dez. 2012]. Disponível em WWW:<URL:http://jfn.sagepub.com/content/14/2/162>. ISSN: 1552-549X.
- BERWICK, D. M.; KOTAGAL, M. – Restricted visiting hours in ICUs – Time to change. **The Journal of American Medical Association** [em linha]. Vol.292, nº6 (2004), p. 736-737. [Consult. 20 jun. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=199213>. ISSN 1538-3598.
- BURNS, N.; GROVE, S. K. – **The practice of nursing research: conduct, critique and utilization**. 5.<sup>a</sup> ed. Philadelphia: W. B. Saunders, 2004. ISBN-13: 978-0721606262
- CABRERA, L. S. [et al.] (2007a) – Necesidades de los familiares de pacientes de cuidados intensivos: Percepción de los familiares y del profesional. **Medicina Intensiva** [em linha]. Vol. 31, nº 6 (2007), p. 273-280. [Consult. 18 dez. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0210-56912007000600002>. ISSN\_0210-5691.
- CABRERA, L. S. [et al.] (2007b) – Encuesta de satisfacción a los familiares de pacientes críticos. **Medicina Intensiva** [em linha]. Vol. 31, nº2 (2007), p. 57-61. [Consult. 18 dez. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0210-56912007000200001&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. ISSN 0210-5691.
- CAMPOS, R. A. [et al.] – Estrategias de información en una Unidad de Cuidados Intensivos polivalente. **Medicina Intensiva** [em linha]. Vol.32, nº 5 (2008), p. 216-221. [Consult. 16 dez. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-56912008000500002&script=sci\_abstract>. ISSN 0210-5691.
- CHAVES, A. A.; MASSAROLLO, M. C. – Percepção de enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados a pacientes terminais em unidades de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [em linha]. Vol. 43, nº 1 (2009), p. 30-36. [Consult. 10 jul. 2014]. Disponível em WWW:<URL:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000100004&script=sci\_arttext&tlng=pt>. ISSN: 1980-220X.



- CORRÊA, A. K.; SALES, C. A.; SOARES, L. – A família do paciente internado em terapia intensiva: Concepções do enfermeiro. **Acta Scientiarum** [em linha]. Vol.24, nº 3 (2002), p. 811-818. [Consult. 6 fev. 2013]. Disponível em WWW:<URL:http://edueojs.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/2543>. ISSN 1807-8648.
- COULTER, M. A. – The needs of family members of patients in intensive care units. **Intensive Care Nursing** [em linha]. Vol.5, nº1 (1989), p. 4-10. [Consult. 21 out. 2014]. Disponível em WWW:<URL:http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0266612X89900345> ISSN: 1532-4036.
- CURTIS, J. R. [et al.] – Integrating palliative and critical care: Evaluation of a quality-improvement intervention. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine** [em linha]. Vol.178 (2008), p. 269-275. [Consult. 6 fev. 2012]. Disponível em WWW:<URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2542424/>. ISSN 1535-4970.
- CURTIS, J. R.; WHITE, D. B. – Practical guidance for evidence-based ICU family Conferences. **Chest** [em linha]. Vol.134, nº4 (2008), p. 835-843. [Consult. 16 dez. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2628462/>. ISSN 1931-3543.
- DALY, B. J. [et al.] – Effectiveness trial of an intensive communication structure for families of long-stay ICU patients. **Chest** [em linha]. Vol.138, nº6 (2010), p. 1340-1348. [Consult. 16 dez. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2998207/>. ISSN 1931-3543.
- DAMÁSIO, B. F. – Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. **Avaliação Psicológica** [em linha]. Vol.11, nº2 (2013), pp. 213-228. [Consult. 25 ago. 2014]. Disponível em WWW:<URL:http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1677-04712012000200007&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1677-0471.
- DAVIDSON, J. E. – Family-Centered Care – Meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. **Critical Care Nurse** [em linha]. Vol.29, nº3

- (2009), p. 28-34. [Consult. 6 fev. 2012]. Disponível em WWW: <URL:<http://ccn.aacnjournals.org/content/29/3/28.full.pdf+html>>. ISSN 1940-8250.
- DAVIS, J. D. – Comparison of faculty, peer, self, and nurse assessment of obstetrics and gynecology residents. **Obstetrics & Gynecology**. ISSN 0029-7844. Vol.99, nº4 (2002), p. 647-651.
- DECRETO-LEI nº 437/1991. D. R. I Série-A. 257 (91-11-08) 5723-5741.
- DECRETO-LEI nº 104/1998. D. R. I Série-A. 93 (98-04-21) 1739-1757.
- DEMIR, F. – Presence of patients' families during cardiopulmonary resuscitation: physicians' and nurses' opinions. **Journal of Advanced Nursing** [em linha]. Vol.63, nº4 (2008), p. 409-416. [Consult. 6 fev. 2013]. Disponível em WWW:<URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2008.04725.x/abstract>>. ISSN 1365-2648.
- DIAS, M. F. – **Construção e validação de um inventário de competências: Contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado**. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8930-14-3.
- DIAS, M. O. – Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica: O processo de comunicação no sistema familiar. **Gestão e Desenvolvimento** [em linha]. Nº 19 (2011), p. 139-156. [Consult. 16 mai. 2013]. Disponível em WWW: <URL:[http://z3950.crb.ucp.pt/Biblioteca/GestaoDesenv/GD19/gestaodesenvimento19\\_139.pdf](http://z3950.crb.ucp.pt/Biblioteca/GestaoDesenv/GD19/gestaodesenvimento19_139.pdf)>. ISSN 2316-3402.
- DOWLING, J.; WANG, B. – Impact on family satisfaction: The critical care family assistance program. **Chest** [em linha]. Vol.128, nº3 (2005), p. 76S-80S. [Consult. 15 abr. 2011]. Disponível em WWW: <URL:<http://journal.publications.chestnet.org/data/Journals/CHEST/22031/2118.pdf>>. ISSN 1931-3543.
- EL-MASRI, M. M.; FOX-WASYLYSHYN, S. M. – Nurses' roles with families: Perceptions of ICU nurses. **Intensive and Critical Care Nursing** [em linha]. Vol. 23, nº 1 (2007), p. 43-50. [Consult. 6 fev. 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0147956305000361>>. ISSN 1532-4036.

FARRELL, M. E.; JOSEPH, D. H.; SCHWARTZ-BARCOTT, D. – Visiting hours in the ICU: Finding the balance among patient, visitor and staff needs. **Nursing Forum**. ISSN 1744-6198. Vol.40, nº1 (2005), p. 18-28.

FIGUEIREDO, M. H. – **Enfermagem de família: Um contexto do cuidar**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2009. Dissertação de doutoramento.

FIGUEIREDO, M.; MARTINS, M. – Avaliação familiar: Do modelo de Calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde** [em linha]. Vol.9, nº3 (2010), p. 552-559. [Consult. 20 jun 2014]. Disponível em [WWW:<URL: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/12559/6651>](http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/12559/6651) ISSN 1984-7513.

FORTIN, M.-F. – **O processo de investigação: da concepção à realização**. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2009. ISBN 978-972-8383-10-7.

FOX-WASYLYSHYN, S. M.; EL-MASRI, M. M.; WILLIAMSON, K. M. – Family perceptions of nurses' roles toward family members of critically ill patients: A descriptive study. **Heart and Lung: The Journal of Acute and Critical Care** [em linha]. Vol.34, nº5 (2005), p. 335-344. [Consult. 6 fev. 2012]. Disponível em [WWW:<URL:http://www.heartandlung.org/article/S0147-9563\(05\)00036-1/abstract>](http://www.heartandlung.org/article/S0147-9563(05)00036-1/abstract). ISSN: 1527-3288.

FREITAS, K. S., KIMURA, M.; FERREIRA, K. A. – Family members' needs at intensive care units: Comparative analysis between a public and a private hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [em linha]. Vol.15, nº1 (2007), p. 84-92. [Consult. 18 dez. 2011]. Disponível em [WWW:<URL:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000100013&script=sci\\_arttext>](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000100013&script=sci_arttext). ISSN 1518-8345.

GANONG, L. – Return of the “intimate outsider”: Current trends and issues in family nursing research revisited. **Journal of Family Nursing** [em linha]. Vol.17, nº4 (2011), p. 416-440. [Consult. 12 dez. 2012]. Disponível em [WWW:<URL: http://jfn.sagepub.com/content/17/4/416>](http://jfn.sagepub.com/content/17/4/416). ISSN 1552-549X.

GAVAGHAN, S. R.; CARROLL, D. L. – Families of critically ill patients and the effect of nursing interventions. **Dimensions of Critical Care Nursing** [em linha]. Vol. 21,

- nº2 (2002), p. 64-71. [Consult. 6 fev. 2013]. Disponível em WWW:<URL: [http://www.researchgate.net/publication/11418322\\_Families\\_of\\_critically\\_ill\\_patients\\_and\\_the\\_effect\\_of\\_nursing\\_interventions](http://www.researchgate.net/publication/11418322_Families_of_critically_ill_patients_and_the_effect_of_nursing_interventions)>. ISSN 1538-8646.
- GIANNINI, A. – Open intensive care units: the case in favour. **Minerva Anestesiologica** [em linha]. Vol.73, nº5 (2007), p. 299-306. [Consult. 18 dez. 2011]. Disponível em WWW: <URL:<http://ospedaleaperto.com/wp-content/uploads/2009/11/giannini-Minerva-Anestesiol-2007.pdf>>. ISSN 1827-1596.
- GOMES, C. G.; TRINDADE, G.; FIDALGO, J. M. – Experiências de pais na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra. In BARBIERI M. do C. [et al.] coords. – **Da investigação à prática de enfermagem de família** [em linha]. Porto: Linha de Investigação de Enfermagem de Família – Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2009, p. 83-92. [Consult. 16 mai. 2013]. Disponível em WWW: <URL:[http://portal.esenf.pt/www/pk\\_menus\\_ficheiros.ver\\_ficheiro?fich=F2042243075/%5Be-book%5D%20Enfermagem%20de%20Familia.pdf](http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F2042243075/%5Be-book%5D%20Enfermagem%20de%20Familia.pdf)>. ISBN: 978-989-96103-2-3.
- GONÇALVES, V. – **Conciliação da vida privada com a vida profissional dos enfermeiros portugueses**. Coimbra: FEUC, 2012. Dissertação de mestrado.
- GONZALES, C. E. [et al.] – Visiting preferences of patients in the intensive care unit and in a complex care medical unit. **American Journal of a Critical Care** [em linha]. Vol.13, nº3 (2004), p. 194-198. [Consult. 20 jun. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://ajcc.aacnjournals.org/content/13/3/194.short>>. ISSN 1937-710X.
- HAMMOND, F. – Involving families in care within the intensive care environment: A descriptive survey. **Intensive and Critical Care Nursing** [em linha]. Vol.11, nº5 (1995), p. 256-264. [Consult. 12 fev. 2012]. Disponível em WWW:<URL:[http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397\(95\)81713-1/abstract](http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397(95)81713-1/abstract)>. ISSN 1532-4036.
- HANSON, S. M. – **Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação**. Camarate: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-83-5.
- HANSON, S. M.; BOYD, S. T. – **Family health care nursing: Theory, practice and research**. Philadelphia: F. A. Davis Company, 1996. ISBN 0-8036-0022-4.

- HENNESSY, D.; GLADIN, L. – **Report on the evaluation of the WHO multi-country family health nurse pilot study** [em linha]. Copenhagen: OMS, 2006. [Consult. 17 jul. 2013]. Disponível em WWW:<URL:http://www.euro.who.int/\_\_data/assets/pdf\_file/0012/102243/E88841.pdf>.
- HEYLAND, D. K. [et al.] – Family satisfaction with care in the intensive care unit: Results of a multiple center study. **Critical Care Medicine**. [S.l.]: Elsevier. ISSN 0090-3493. Vol.30, nº7 (2002), p. 1413-1418.
- HICKEY, M.; LEWANDOWSKI, L. – Critical care nurses' role with families: A descriptive study. **Heart and Lung: The Journal of Acute and Critical Care**. [S.l.]: St. Louis, Mosby. ISSN 0147-9563. Vol.17, nº6 (1988), p. 670-676.
- HILL, M.; HILL, A. – **Investigação por questionário**. Lisboa: Edições Sílabo, 2002. ISBN 972-618-273-5.
- HOLDEN, J.; HARRISON, L.; JOHNSON, M. – Families, nurses and intensive care patients: A review of the literature. **Journal of Clinical Nursing** [em linha], Vol.11, nº2 (2002), p. 140-148. [Consult. 18 jul. 2013]. Disponível em WWW:<URL:http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2702.2002.00581.x/abstract>. ISSN 1365-2702.
- INGALLS, K.; TOURVILLE, C. – A árvore viva das teorias de enfermagem. **Servir**. ISSN 0871-2370. Vol.52, nº2 (2004), p. 82-92.
- JACOBOWSKI, N. L. [et al.] – Communication in critical care: Family rounds in the intensive care unit. **American Journal of Critical Care** [em linha]. Vol.19, nº5 (2010), p. 421-430. [Consult. 15 dez. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://ajcc.aacnjournals.org/content/19/5/421.long>. ISSN 1937-710X.
- KARLSSON, C. [et al.] – Family members' satisfaction with critical care: A pilot study. **Nursing in Critical Care** [em linha]. Vol.16 (2011), p. 11-18. [Consult. 12 fev. 2012]. Disponível em WWW:<URL:http://scholar.qsensei.com/content/1p4cgk>. ISSN 1478-5153.
- KING, I. M. – **A theory for nursing: Systems, concepts, process**. New York: John Wiley & Sons, 1981. ISBN 0-471-07795-X.

- KINRADE, T.; JACKSON, A. C.; TOMNAY, J. E. – The psychosocial needs of families during critical illness: comparison of nurses' and family members' perspectives. **Australian Journal of advanced nursing** [em linha]. Vol.27, nº1 (2009), p. 82-88. [Consult. 6 fev. 2013]. Disponível em WWW:<URL:http://ajan.com.au/Vol27/AJAN\_27-1.pdf#page=83> ISSN 1447-4328.
- KIRCHHOFF, K. T. [et al.] – Nurses' beliefs and attitudes toward visiting in adult critical care settings. **American Journal of Critical Care**. ISSN 1062-3264. Vol.2, nº3 (1993), p. 238-245.
- KISSOON, N. – Bench-to-bedside review: Humanism in pediatric critical care medicine – a leadership challenge. **Critical Care** [em linha]. Vol.9, nº4 (2005), p. 371-375. [Consult. 18 dez. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://ccforum.com/content/9/4/371>. ISSN: 1364-8535.
- KUZIN, J. K. [et al.] – Family-member presence during interventions in the intensive care unit: Perceptions of pediatric cardiac intensive care providers. **Pediatrics** [em linha]. Vol.120, nº4 (2007), p. 895-901. [Consult. 16 dez. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://pediatrics.aappublications.org/content/120/4/e895.full.html>. ISSN 1098-4275.
- LEE, A. C. [et al.] – Perceived level of knowledge and difficulty in applying family assessment among senior undergraduate nursing students. **Journal of Family Nursing** [em linha]. Vol.16, nº2 (2010), p. 177-195. [Consult. 11 dez. 2012]. Disponível em WWW:<URL:http://jfn.sagepub.com/content/16/2/177>. ISSN 1552-549X.
- LEITE, M. A.; VILA, V. S. – Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [em linha]. Vol.13, nº2 (2005), p. 145-150. [Consult. 6 fev. 2013]. Disponível em WWW:<URL:http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421843003>. ISSN 1518-8345.
- LEWANDOWSKI, L. A. – The power to shape memories: Critical care nurses and family visiting. **Journal of Cardiovascular Nursing** [em linha]. Vol.9, nº1 (1994), p. 54-60. [Consult. 12 dez. 2012]. Disponível em WWW:<URL: http://www.researchgate.net/publication/15203411\_The\_power\_to\_shape\_memories\_critical\_care\_nurses\_and\_family\_visiting>. ISSN 1550-5049.

MAROCO, J. P. – **Análise Estatística com o SPSS Statistics**. 5ª ed. Pêro Pinheiro: ReportNumber, 2011. ISBN 978-989-96763-2-9.

MARTINS, J. J. [et al.] – O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: Conhecimento de uma equipe multiprofissional. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [em linha]. Vol.10, nº4 (2008), p. 1091-1101. [Consult. 6 fev. 2013]. Disponível em WWW:<URL:http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/pdf/v10n4a22.pdf>. ISSN 1518-1944.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. – Nurses' work in intensive care units: feeling of suffering. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [em linha]. Vol.17, nº1 (2009), p. 52-58. [Consult. 16 dez. 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/09.pdf>. ISSN 1518-8345.

MCEWEN, M.; WILLS, E. M. – **Bases teóricas para enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2009. ISBN 978-85-363-1788-5.

MELEIS, A. I. – **Theoretical Nursing: Development and Progress**. 4ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007. ISBN 0-7817-3673-0.

MENDES, M. G. – Enfermeiros e pais em parceria na construção do bem-estar da família. In BARBIERI M. C. et al. coords. – **Redes de conhecimento em enfermagem de família** [em linha]. Porto: Núcleo de Investigação de Enfermagem de Família – Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2010, p. 72-83. [Consult. 16 mai. 2013]. Disponível em WWW:<URL:http://www.esenf.pt/fotos/editor2/redes\_de\_conhecimento\_enfermagem\_de\_familia.pdf>. ISBN: 978-989-96103-3-0.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento**. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2003. ISBN: 972-675-097-0.

– Carta dos direitos e deveres dos doentes [em linha]. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2004. [Consult. 17 jul. 2014]. Disponível em WWW:<URL:http://www.dgs.pt/pagina.aspx?screenwidth=1600&mlkid=d4upjqjeqaxrtt45w45r4w45&cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAA>.

MONTEZELI, J. H. [et al.] – Enfermagem em Emergência: humanização do atendimento inicial ao politraumatizado à luz da Teoria de Imogene King. **Cogitare Enfermagem** [em linha]. Vol.14, nº 2 (2009), p. 384-387. [Consult. 10 ago. 2014].

Disponível em  
WWW:<URL:http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/15634/10405>. ISSN 2176-9133.

MONTICELLI, M.; BOEHS, A. E. – A família na unidade de internação hospitalar: entre o informal e o instituído. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [em linha]. Vol. 41, nº3 (2007), p. 468-477. [Consult. 24 fev. 2013]. Disponível em WWW:<URL:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0080-62342007000300018>. ISSN 1980-220X.

MOREIRA, J. – **Questionários: teoria e prática**. Coimbra: Livraria Almedina, 2004. ISBN 972-40-2142-4.

MOREIRA, T. M.; ARAÚJO, T. L. – O Modelo Conceitual de Sistemas Abertos Interatuantes e a *Teoria de Alcance de Metas de Imogene King*. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [em linha]. Vol.10, nº1 (2002), p. 97-103. [Consult. 10 ago. 2014]. Disponível em WWW:<URL:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=s0104-11692002000100015>. ISSN 1518-8345.

MOREIRA, T. M.; ARAÚJO, T. L.; PAGLIUCA, L. M. – Alcance da Teoria de King junto a famílias de pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [em linha]. Vol.1, nº 22 (2001), p. 74-89. [Consult. 10 ago. 2014]. Disponível em WWW:<URL:http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4378/2328>. ISSN 1983-1447.

MOSCOVICI, F. – **Desenvolvimento interpessoal**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1998.

MOURA, E. R.; PAGLIUCA, L. M. – A Teoria de King e a sua interface com o programa “Saúde da Família”. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. ISSN 0080-6234. Vol.38, nº3 (2004), p. 270-279.

MULARSKI, R. A. – Translating and implementing evidence-based care in the ICU: It's time to value family communication. **Chest** [em linha]. Vol.134, nº4 (2008), p. 676-678. [Consult. 16 dez. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://chestjournal.chestpubs.org/content/134/4/676.full.html>. ISSN 1931-3543.



NASCIMENTO, K. C.; ERDMANN, A. L. – Compreendendo as dimensões do cuidados intensivos: A teoria do cuidado transpessoal e complexo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [em linha]. Vol.17, nº2 (2009), p. 215-221. [Consult. 24 mar. 2012]. Disponível em WWW:<URL:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0104-11692009000200012>. ISSN 1518-8345.

OLIVEIRA, C.; SILVA, M. J.; VILAÇA, S. – A família pelo olhar de estudantes do 1º ciclo de enfermagem. In BARBIERI M. C. [et al.] coords. – **Redes de conhecimento em enfermagem de família** [em linha]. Porto: Núcleo de Investigação de Enfermagem de Família – Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2010, p. 127-136. [Consult. 16 mai. 2013]. Disponível em WWW:<URL:http://www.esenf.pt/fotos/editor2/redes\_de\_conhecimento\_enfermagem\_de\_familia.pdf>. ISBN: 978-989-96103-3-0.

OLIVEIRA, L. M. [et al.] – Support group as embracement strategy for relatives of patients in Intensive Care Unit. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [em linha]. Vol.44, nº2 (2010), p. 425-432. [Consult. 15 dez. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0080-62342010000200027>. ISSN 1980-220X.

O'MALLEY, P. [et al.] – Critical care nurse perceptions of family needs. **Heart and Lung: The Journal of Acute and Critical Care**. s.l.: St. Louis, Mosby. ISSN 0147-9563. Vol.20, nº2 (1991), p. 189-201.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. – Padrões de qualidade nos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual/Enunciados Descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001. [Consult. 15 mai. 2012]. Disponível em WWW:<URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>.

– **A cada família o seu enfermeiro**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002.

– Dia Internacional da Família - Enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos [em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2008. [Consult. 16 mai. 2013]. Disponível em WWW:<URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Paginas/EspCid\_DiaInternacionaldaFam%C3%ADia2008.aspx>.

– Dados estatísticos: Ordem dos enfermeiros [em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2014. [Consult. 18 de jul. de 2014]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/DadosEstatisticos/2013/files/assets/basic-html/page12.html>>.

PEDEN-MCALPINE, C. [et al.] – Evaluation of a reflective practice intervention to enhance family care. **Journal of Advanced Nursing** [em linha]. Vol.49, nº5 (2005), p. 494-501. [Consult. 17 mar. 2013]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15713181>>. ISSN: 1365-2648.

PEREIRA, A. – **SPSS - Guia prático de utilização: Análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia**. 7ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2011. ISBN 9789726185109.

PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. – **Análise de dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS**. 4ª ed. Lisboa: Sílabo, 2005. ISBN 972-618-391-X.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. – **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2004. ISBN 85-7307-984-3.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V. – **Manual de investigação em ciências sociais**. 5ª ed. Lisboa: Gradiva, 2008. ISBN 978-972-662-275-8.

REGULAMENTO nº 124/2011. D.R. II Série. 35 (11-02-18) 8656-8657.

RIBEIRO, J. L. – **Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde**. 3ª ed. Oliveira de Azeméis: Legis Editora, 2010. ISBN 9789898148469.

ROBERTI, S. M.; FITZPATRICK, J. J. – Assessing family satisfaction with care of critically ill patients: A pilot study. **Critical Care Nurse** [em linha]. Vol.30, nº6 (2010), p. 18-27. [Consult. 6 fev. 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.aacn.org/WD/CETests/Media/C1063.pdf>>. ISSN 1940-8250.

RUEDELL, L. [et al.] – Relações interpessoais entre profissionais de enfermagem e familiares em unidade de tratamento intensivo: Estudo bibliográfico. **Congitare Enfermagem** [em linha]. Vol.15, nº1 (2010), p.147-152. [Consult. 24 out. 2014]. Disponível em WWW:<URL:<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewArticle/17186>>. ISSN 2176-9133.

- SAIOTE, E. C. – **A percepção dos enfermeiros sobre a importância da partilha de informação com os familiares numa unidade de cuidados intensivos**. Lisboa: ISTCE, 2010. Dissertação de mestrado.
- SANTOS, A. J. – **A decisão médica em cuidados intensivos: uma análise à luz da filosofia dos valores**. Lisboa: Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, 2008. Tese de mestrado.
- SANTOS, K. M.; SILVA, M. J. – Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares de pacientes em UTIs. **Revista Brasileira de Enfermagem** [em linha]. Vol.59, nº1 (2006), p. 61-66. [Consult. 6 fev. 2013]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a12v59n1.pdf>>. ISSN 0034-7167.
- SANTOS, L. S.; GUIRARDELLO, E. B. – Nurses' attention demands in the work setting. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [em linha]. Vol.15, nº1 (2007), p. 27-33. [Consult. 18 dez. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/v15n1a05.pdf>>. ISSN 1518-8345.
- SAPETA, P. – **Cuidar em fim de vida: O processo de interacção enfermeiro-doente**. Loures: Lusociência, 2011. ISBN 978-972-8930-69-1.
- SAVEMAN, B.-I. – Family nursing research for practice: The Swedish perspective. **Journal of Family Nursing** [em linha]. Vol.16, nº1 (2010), p. 26-44. [Consult. 12 dez. 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://jfn.sagepub.com/content/16/1/26>>. ISSN 1552-549X.
- SCARPARO, A. [et al.] – Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas de enfermagem. **Revista Rene**. ISSN 1517-3852. Vol. 13, nº 1 (2012) p. 242-251.
- SCHNEIDER, D. G. [et al.] – Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. **Texto & Contexto Enfermagem** [em linha]. Vol.17, nº1 (2008), p. 81-89. [Consult. 15 dez. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/09>>. ISSN 1980- 265X.
- SIDDIQUI, S.; SHEIKH, F.; KAMAL, R. – What families want: An assessment of family expectations in the ICU. **International Archives Medicine** [em linha]. Vol.4, nº21 (2011), p. 1-5. [Consult. 15 dez. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.intarchmed.com/content/4/1/21>>. ISSN 1755-7682.

- SILVA, N.; CONTRIN, L. – Orientações do enfermeiro dirigidas aos familiares dos pacientes internados na UTI no momento da visita. **Arquivo de Ciências da Saúde** [em linha]. Vol.14, nº3 (2007), p.148-152. [Consult. 20 out. 2014]. Disponível em WWW:<URL:http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\_ol/vol-14-3/IIIDDD204.pdf>. ISSN 2318-3691.
- SILVA, S. – Família como cliente dos cuidados: Perspectivas e práticas do enfermeiro de família. In BARBIERI M. C. [et al.] coords. – **Da investigação à prática de enfermagem de família** [em linha]. Porto: Linha de Investigação de Enfermagem de Família – Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2009, p. 58-66. [Consult. 16 mai. 2013]. Disponível em WWW:<URL:http://portal.esenf.pt/www/pk\_menus\_ficheiros.ver\_ficheiro?fich=F2042243075/%5Be-book%5D%20Enfermagem%20de%20Familia.pdf>. ISBN 978-989-96103-2-3.
- SILVEIRA, R. S. [et al.] – Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. **Texto & Contexto Enfermagem** [em linha]. Vol.14 (2005), p. 125-130. [Consult. 6 fev. 2013]. Disponível em WWW:<URL:http://www.scielo.br/pdf/tce/v14nspe/a15v14nspe.pdf>. ISSN 1980-265X.
- SIQUEIRA, A. B. [et al.] – Relacionamento enfermeiro, paciente e família: Fatores comportamentais associados à qualidade da assistência. **Arquivos Médicos da ABC** [em linha]. Vol.31, nº2 (2006), p. 73-77. [Consult. 10 jan. 2013]. Disponível em WWW:<URL:http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=457910&indexSearch=ID>. ISSN 2358-0739.
- SÖDERSTRÖM, I-M.; BENZEIN, E.; SAVEMAN, B-I. – Nurses' experience of interactions with family members in intensive care units. **Scandinavian Journal of Caring Sciences** [em linha]. Vol.17 (2003), p. 185-192. [Consult. 6 fev. 2013]. Disponível em WWW:<URL:http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1471-6712.2003.00222.x/abstract>. ISSN 1471-6712.
- STRICKER, K. H. [et al.] – Family satisfaction in the intensive care unit: What makes the difference?. **Intensive Care Medicine** [em linha]. Vol.35 (2009), p. 2051-2059. [Consult. 10 jan. 2013]. Disponível em

WWW:<URL:<http://icmjournal.esicm.org/Journals/abstract.html?doi=10.1007/s00134-009-1611-4>>. ISSN 1432-1238.

TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. – **Modelos y teorías en enfermería**. 6ª ed. Madrid: Elsevier, 2007. ISBN 978-84-8086-201-1.

TOMLINSON, P. S. [et al.] – Clinical innovation for promoting family care in paediatric intensive care: Demonstration, role modeling and reflective practice. **Journal of Advanced Nursing** [em linha]. Vol.38, nº2 (2002), p. 161-170. [Consult. 10 jan. 2013]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11940129>>. ISSN 1365-2648.

URIZZI, F.; CORRÊA, A. K. – Relatives' experience of intensive care: The other side of hospitalization. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [em linha]. Vol.15, nº4 (2007), p. 598-604. [Consult. 16 dez. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/v15n4a12.pdf>>. ISSN 1518-8345.

VARGAS, D.; BRAGA, A. L. – O Enfermeiro de Unidade de Tratamento Intensivo: Refletindo sobre seu Papel. **Revista Fafibe** [em linha]. Vol.2 (2006), p. 1-6. [Consult. em 14 jun. 2014]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/10/19042010093459.pdf>>. ISSN 1808-6993.

VILA, V. S.; ROSSI, L. A. – O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “Muito falado e pouco vivido”. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [em linha]. Vol.10, nº2 (2002), p. 137-144. [Consult. 6 fev. 2013]. Disponível em WWW:<URL:[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692002000200003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692002000200003&script=sci_arttext)>. ISSN 1518-8345.

WASSER, T. [et al.] – Establishing reliability and validity of the Critical Care Family Satisfaction Survey. **Critical Care Medicine**. ISSN 0090-3493. Vol.29, nº1 (2001), p. 192-196.

WHYTE, D. A. ed. lit. – **Explorations in family nursing**. New York: Routledge, 1997. ISBN 0-415-13349-1.

WIEGAND, D. L. – Family management after the sudden death of a family member. **Journal of Family Nursing** [em linha]. Vol.18, nº1 (2012), p. 146-163. [Consult. 11 dez. 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://jfn.sagepub.com/content/18/1/146>>. ISSN 1552-549X.

WILKINSON, P. – A qualitative study to establish the self-perceived needs of family members of patients in a general intensive care unit. **Intensive and Critical Care Nursing** [em linha]. Vol.11 (1995), p. 77-86. [Consult. 6 fev. 2012]. Disponível em WWW:<URL:[http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397\(95\)82018-3/abstract](http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397(95)82018-3/abstract)>. ISSN 1532-4036.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. – **Enfermeiras e famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família**. 5ª ed. São Paulo: Roca, 2011. ISBN 978-85-4120-003-5.

ZUSSMAN, R. – **Intensive Care Medical Ethic and the medical profession**. Chicago: The university of Chicago press, 1992. ISBN: 9780226996356.

## **ANEXOS**





## **ANEXO 1 – INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE/ PREFUCI-F/I**



## INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Antes de decidir se vai colaborar neste estudo, deve primeiro compreender o seu propósito, o que se espera da sua parte, os procedimentos que se irão utilizar, bem como, os riscos e benefícios da sua participação.

Pedimos-lhe que leia todo o documento com atenção, e que se sinta à vontade para colocar todas as questões que pretender antes de aceitar participar no estudo.

Joana da Silva Pontes Carvalhido, enfermeira, a exercer funções no Centro Hospitalar de S. João, E.P.E., a frequentar o Mestrado em Ciências de Enfermagem, do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, pretende, com o intuito de elaborar a sua tese de mestrado, desenvolver uma investigação sobre **“PRÁTICAS RELACIONAIS COM A FAMÍLIA EM UCI: AUTO-PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS”**.

O estudo tem como principais objetivos:

- Construir um instrumento que permita avaliar a perceção dos enfermeiros sobre a frequência com que implementam as PREFUCI;
- Construir um instrumento que permita avaliar a perceção dos enfermeiros sobre a importância que atribuem às PREFUCI;
- Validar um instrumento que permita avaliar a perceção dos enfermeiros sobre a frequência com que implementam PREFUCI;
- Validar um instrumento que permita avaliar a perceção dos enfermeiros sobre a importância que atribuem às PREFUCI;
- Identificar a perceção dos enfermeiros sobre a frequência com que implementam PREFUCI;
- Identificar a perceção dos enfermeiros sobre a importância que atribuem às PREFUCI;
- Analisar a relação entre a importância que os enfermeiros atribuem e a frequência com que implementam as PREFUCI.

Este estudo pretende ser um contributo, para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente crítico e sua família.

A sua participação no estudo é opcional e voluntária. Da recusa não irá advir qualquer tipo de dano pessoal ou profissional. Se decidir participar, poderá

sempre deixar de o fazer a qualquer momento. A sua decisão de cooperar ou não neste estudo, não afetará a sua relação atual ou futura com a instituição onde exerce funções.

**PROCEDIMENTO:** Se aceitar participar, solicito que responda ao questionário e assine o documento do consentimento informado. Após o seu preenchimento, deverá colocar o consentimento informado no gabinete do Enfermeiro-Chefe no envelope com a identificação consentimento informado e o questionário no envelope com a designação de questionários.

**RISCOS E BENEFÍCIOS DE PARTICIPAR NO ESTUDO:** Não existem quaisquer riscos para os participantes do estudo e não se preveem benefícios imediatos.

**CONFIDENCIALIDADE:** Todos os dados obtidos no decorrer do estudo têm garantia absoluta de confidencialidade. Em nenhum tipo de relatório ou publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluída qualquer referência que possibilite a identificação dos participantes. Após a conclusão do estudo, todos os dados relativos aos intervenientes e que possam conduzir à sua identificação serão destruídos.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de S. João – EPE, do Hospital Pedro Hispano – ULS Matosinhos e do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

**Contacto do Investigador:**

[joanacmce18icbas@gmail.com](mailto:joanacmce18icbas@gmail.com)

Telemóvel: 919148501

## Práticas relacionais com a família em UCI: auto-perceção dos enfermeiros

O objetivo deste questionário é colher dados que permitam analisar a importância atribuída e a frequência com que os enfermeiros implementam as práticas relacionais, com a família dos clientes internados em unidades de cuidados intensivos.

Os dados servirão, unicamente, para o contexto deste estudo, que se insere no âmbito do XVIII Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem, do ICBAS, Universidade do Porto.

*Antes de responder ao questionário leia cuidadosamente as seguintes indicações:*

- Não há respostas certas ou erradas para nenhuma das questões
- Preencha todo o questionário e seja o mais sincero(a) possível
- O questionário é anónimo e confidencial, pelo que não deverá assinalar qualquer elemento de identificação pessoal

A sua participação é fundamental para a realização deste estudo, pelo que agradecemos desde já a sua colaboração.

### Parte I – Caracterização

1. Idade \_\_\_\_ (anos)

2. Sexo

☐ Feminino

☐ Masculino

3. Anos de Profissão \_\_\_\_ (anos completos)

4. Instituição \_\_\_\_\_

5. Serviço \_\_\_\_\_

6. Tempo no serviço \_\_\_\_ (anos completos)

7. Tipo de vínculo

☐ Contrato individual trabalho a termo resolutivo certo

☐ Contrato individual de trabalho subordinado por tempo indeterminado

☐ Contrato de funções públicas

☐ Outro. Qual? \_\_\_\_\_

8. Habilitações literárias/profissionais (considere a mais elevada)

☐ Bacharel ou equiparado

☐ Licenciatura ou equiparado

☐ Especialidade. Qual? \_\_\_\_\_

☐ Mestrado. Qual? \_\_\_\_\_

☐ Doutoramento. Qual? \_\_\_\_\_

9. Qual é a sua categoria profissional?

- ☐ Enfermeiro
- ☐ Enfermeiro graduado
- ☐ Enfermeiro especialista
- ☐ Enfermeiro chefe

10. No decorrer da sua formação profissional, recebeu alguma formação específica na área de Enfermagem de Família?

- ☐ Sim
- ☐ Não

10.1. Se sim, especifique em que contexto:

- ☐ Académico
- ☐ Outro. Qual/Quais? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

11. Como classificaria a sua dinâmica relacional com os familiares dos clientes internados na unidade de cuidados intensivos onde trabalha?

- ☐ Péssima
- ☐ Má
- ☐ Razoável
- ☐ Boa
- ☐ Excelente

12. Considera que as condições físicas da UCI são:

- ☐ Facilitadoras do seu trabalho
- ☐ Dificultadoras do seu trabalho
- ☐ Não interferem no seu trabalho

13. Considera que a sua relação com os restantes elementos da equipa de enfermagem é:

- ☐ Facilitadora do seu trabalho
- ☐ Dificultadora do seu trabalho
- ☐ Não interfere no seu trabalho

## Parte II – Os enfermeiros e a família do cliente internado na unidade de cuidados intensivos

Indique para cada uma das afirmações relativas às necessidades expressas por familiares de clientes internados em unidades de cuidados intensivos, a frequência com que realiza cada intervenção, e o grau de importância que lhe atribui enquanto enfermeiro. Assinale, com um círculo, a resposta que traduz a sua opinião face a cada afirmação. É importante que indique para cada afirmação a sua opção nas duas escalas.

Legenda: 1 – Nunca 2 – Raramente 3 – Algumas Vezes 4 – Frequentemente 5 – Sempre						Legenda: 1 – Nada importante 2 – Pouco importante 3 – Importante 4 – Muito Importante 5 – Totalmente Importante				
1	2	3	4	5	- Identificar-se e apresentar-se (Nome e categoria profissional).	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	- Informar o que o familiar verá (aspeto do cliente, equipamento envolvente e dispositivos de suporte e monitorização).	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	- Informar sobre o estado de saúde do cliente.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	- Gerir o horário de visitas.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	- Gerir o número de visitantes de acordo com as necessidades do cliente/família.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	- Informar sobre o ambiente físico da UCI (composição da unidade do cliente: monitores, ventiladores, dispositivos de suporte).	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	- Promover a presença de familiares, junto do cliente, no decorrer de procedimentos não invasivos (cuidados de higiene, alternância de decúbitos, mudança de roupa).	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	- Promover a participação dos familiares em procedimentos não invasivos.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	- Permitir a tomada de decisão partilhada com a família do cliente, relativamente a procedimentos.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	- Permitir a tomada de decisão partilhada com a família do cliente, relativamente a atitudes terapêuticas.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	- Informar os familiares sobre as situações de fim de vida.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	- Disponibilizar-se para esclarecer as dúvidas dos familiares.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	- Disponibilizar aos familiares o contacto do serviço 24h/dia, para obtenção de esclarecimentos/informações.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	- Escutar a opinião dos familiares sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no decorrer do internamento em UCI.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	- Escutar a opinião dos familiares sobre o ambiente dos espaços que lhes são destinados.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	- Avaliar a adaptação da família face à situação de internamento em UCI.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	- Estabelecer relação de confiança com os familiares.	1	2	3	4	5

**Agradecemos a sua participação e disponibilidade.**

Joana Carvalhido





## **ANEXO 2 – CONSENTIMIENTO INFORMADO**



## **DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO**

### **“PRÁTICAS RELACIONAIS COM A FAMÍLIA EM UCI: AUTO-PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS”**

Eu, abaixo-assinado \_\_\_\_\_, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que irei participar, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias.

A informação e explicação que me foram prestadas versaram os objetivos, os procedimentos, os riscos e benefícios do estudo, sendo-me garantido o anonimato e a confidencialidade da informação.

Por isso, aceito participar no estudo respondendo às questões que forem colocadas no questionário.

Porto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012

Assinatura do participante:

---

Assinatura do Investigador:

---



### **ANEXO 3 – AUTORIZAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO**





23.1.2012

26/1/2012

Porque o senhor b. 26/1/2012  
Neces a qm. 26/1/2012

Centro Hospitalar São João  
Centro de Investigação  
Prof. Dra. Ana Azevedo  
Coordenadora CTC

### AUTORIZADO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO REUNIÃO DE 10 FEV. 2012		
Presidente do Conselho de Administração		
Direcção Clínica	Enfermeira Directora	Administrador Executivo
Dra. Margarida Tavares	Enfermeira Rutidiz Portela	Dr. João Pereira

Exma. Sra.

Dra. Margarida Tavares

Directora Clínica do Centro Hospitalar de São João

**Assunto:** Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de São João

**Projecto de Investigação 256/11:** "Práticas relacionais com a família em UCI: auto-percepção dos enfermeiros"

**Investigadora Principal:** Enf.<sup>a</sup> Joana Carvalhido

Junto envio a V. Exa. para obtenção de decisão final do Conselho de Administração o parecer elaborado pela Comissão de Ética para a Saúde relativo ao projecto em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 10 de Janeiro de 2012

O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde

Dr. Pedro Brito



joana carvalho <joanacarvalho@gmail.com>

## Fwd: Autorização para a realização de estudo no HPH/Mestranda Joana Carvalho ICBAS

1 mensagem

Joana Carvalho <joanacarvalho@gmail.com>  
Para albertina.canastra@ulsm.min-saude.pt

8 de Fevereiro de 2013 às 00:15

Exma. Senhora  
Enfª Supervisora Albertina Canastra

Envio-lhe de seguida a resposta que me foi enviada, via e-mail, pelo Serviço de Estudos e de Gestão da Informação Científica da ULS de Matosinhos, na sequência do pedido que lhes submeti para a realização do estudo de investigação que pretendo realizar no âmbito do Mestrado de Ciências de Enfermagem do ICBAS.

Aproveito ainda para esclarecer que, no seguimento do contacto com a Enfermeira Chefe do Serviço de Medicina Intensiva, e face ao seu desconhecimento sobre o estudo, me dirigi no próprio dia ao gabinete das comissões de forma a compreender se a minha necessidade pessoal de adiar a colheita de dados implicaria um novo pedido de autorização - hoje fui contactada via telefone por uma funcionária do gabinete que me esclareceu que a autorização para a realização do estudo mantém a validade, sendo aconselhável o envio de um e-mail ao Conselho de Administração da ULS para informar sobre o atraso na colheita de dados, que enviarei de seguida.

Agradeço-lhe a disponibilidade e atenção dispensada,

Com os melhores cumprimentos,

Joana Carvalho

----- Mensagem encaminhada -----

De: **Olivia Pestana** <Olivia.Pestana@ulsm.min-saude.pt>  
Data: 24 de Janeiro de 2012 às 12:01  
Assunto: Autorização para a realização de estudo  
Para: "joanacarvalho@gmail.com" <joanacarvalho@gmail.com>

Exma. Senhora  
Enfª Joana Carvalho,

Em resposta à solicitação de v/ Exa. relativamente à autorização para a realização do estudo intitulado "Práticas relacionais com a família em UCI: auto-percepção dos enfermeiros", venho informar que o pedido foi autorizado em reunião do Conselho de Administração de 17 de Janeiro de 2012, após parecer favorável da Comissão de Ética.

Mais informo que deve ser dado conhecimento ao SEGIC da produção científica sob a forma de artigos, conferências, livros, teses, relatórios de livre acesso, etc., devendo ser depositado um exemplar na Biblioteca, sempre que possível em suporte electrónico.

Com os melhores cumprimentos  
Olivia Pestana  
Directora do Serviço de Estudos e de Gestão da Informação Científica

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.  
Rua Dr. Eduardo Torres, 4464-513 Senhora da Hora | Portugal  
Telefone: + 351 229 391 233 | Fax: + 351 229 391 231  
Extensão: 1233  
E-mail: olivia.pestana@ulsm.min-saude.pt  
Web site: <http://www.ulsm.min-saude.pt>





joana carvalho <joanacarvalho@gmail.com>

---

## **Pedido de renovação da autorização para realização de estudo de investigação - Joana Carvalho - ICBAS**

---

**Olivia Pestana** <Olivia.Pestana@ulsm.min-saude.pt>  
Para "joanacarvalho@gmail.com" <joanacarvalho@gmail.com>

26 de Fevereiro de 2013 às 11:42

Exma. Senhora  
Enfª Joana Carvalho,

Venho informar que a autorização concedida em 17 de Janeiro de 2012 se encontra renovada.

Com os melhores cumprimentos  
Olivia Pestana  
Diretora do Serviço de Estudos e de Gestão da Informação Científica

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.  
Rua Dr. Eduardo Torres, 4464-513 Senhora da Hora | Portugal  
Telefone: + 351 229 391 233 | Fax: + 351 229 391 231  
Extensão: 1233  
E-mail: olivia.pestana@ulsm.min-saude.pt  
Web site: <http://www.ulsm.min-saude.pt/>

---

-----Mensagem original-----

De: Joana Carvalho [mailto:joanacarvalho@gmail.com]

Enviada: sexta-feira, 8 de Fevereiro de 2013 0:52

Para: CA

Assunto: Pedido de renovação da autorização para realização de estudo de investigação - Joana Carvalho - ICBAS

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração da ULS de Matosinhos, E.P.E

O meu nome é Joana da Silva Pontes Carvalho, sou enfermeira, e exerço funções no Centro Hospitalar de S. João, E.P.E. Encontro-me a frequentar o mestrado de Ciências de Enfermagem, do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar e, no intuito de elaborar a minha tese de mestrado submeti, em Dezembro de 2011, um pedido de autorização ao Serviço de Estudos e de Gestão da Informação Científica da ULS de Matosinhos, para desenvolver uma investigação sobre "Práticas relacionais com a família em UCI: auto-percepção dos enfermeiros". A autorização para a realização do estudo foi-me concedida em reunião do Conselho de Administração de 17 de Janeiro de 2012, após parecer favorável da Comissão de Ética.

Por motivos pessoais, deparei-me com a necessidade de prolongar a inscrição no Mestrado de Ciências de Enfermagem até ao final de 2013, necessitando de adiar o início da colheita de dados nas unidades de cuidados intensivos do Hospital Pedro Hispano até ao presente mês de Fevereiro. Perante o adiamento contactei o gabinete das comissões da ULS de Matosinhos, que me reconhece como válida a autorização concedida previamente, aconselhando-me a informar o Conselho de Administração da ULS de Matosinhos desta situação.

Deste modo, venho por este meio requerer ao Exmo. Senhor Presidente que renove a autorização previamente concedida. Envio em anexo uma cópia do requerimento que enviei anteriormente e no qual consta sucintamente a informação sobre objectivos, procedimento e finalidade do estudo em questão.

Agradeço a atenção dispensada,

Com os melhores cumprimentos

Joana Carvalho

---

**REQUERIMENTO ao Presidente CA ULS 2012.doc**



CENTRO  
HOSPITALAR  
VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO

Exma. Sra. Enf<sup>a</sup>

Joana Silva Pontes Carvalhido

Unidade de Cuidados Intensivos

Neurocríticos

Hospital de São João

N/Ref.: 45/2012

**Assunto:** Informação sobre pedido para realização de estudo

Em resposta ao V/ pedido para realizar um estudo com o tema “**Práticas Relacionais com a família em UCI: Auto-Percepção dos Enfermeiros**”, vimos informar que **está devidamente autorizado** conforme Despacho do Sr. Enf.º Diretor de 24-01-2012.

Aguardamos contacto com o nosso Centro de Formação, a fim de planear o referido estudo.

Para qualquer contacto deve mencionar a N/REF.:45/2012

Sem outro assunto de momento, apresento os meus melhores cumprimentos.

Vila Nova de Gaia, 3 de Fevereiro de 2012

Centro de Formação

Rua Conceição Fernandes

4434-502 V. N. de Gaia

Tel/Fax: 22 7865127 – Ext. 11257

E-mail: [df@chvng.min-saude.pt](mailto:df@chvng.min-saude.pt)

Centro Hospitalar de  
Vila Nova de Gaia / Espinho, E.P.E.

[www.chvng.min-saude.pt](http://www.chvng.min-saude.pt)  
Tel. + 351 22 786 51 00

NIPC 508 142 156  
Capital Estatutário 47.082.000,00 Euros



**ANEXO 4 – SOLICITAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO POR CORREIO  
ELETRÓNICO**





Joana Carvalho <joanacarvalho@gmail.com>

---

## Joana Carvalho - Mestrado em Ciências de Enfermagem - ICBAS

---

Joana Carvalho <joanacmce18icbas@gmail.com>

27 de novembro de 2014 às 12:02

Para: Joana Carvalho <joanacarvalho@gmail.com>

Caro colega,

O meu nome é Joana Carvalho, sou enfermeira no Centro Hospitalar de S. João, E.P.E, a frequentar o XVIII Mestrado em Ciências de Enfermagem do ICBAS e pretendo desenvolver um trabalho de investigação subordinado ao tema "PRÁTICAS RELACIONAIS DOS ENFERMEIROS COM A FAMÍLIA EM UCI: AUTO-PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS"

Assim, venho solicitar que responda ao questionário que se segue, devendo para isso, aceder ao endereço abaixo indicado.

Peço-lhe também, caso lhe seja possível, que disponibilize o meu questionário a colegas enfermeiros seus conhecidos, que exerçam funções numa unidade de cuidados intensivos, no sentido de eles também o preencherem, reencaminhando este mesmo e-mail.

De salientar que este trabalho foi aprovado pelas comissões de ética do Centro Hospitalar de S. João, E.P.E, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho e Hospital Pedro Hispano – ULS Matosinhos.

Encontra-se em anexo a informação sobre o trabalho. Se estiver interessado em receber informação adicional sobre o estudo e/ou

resultados poderá contactar-me através do e-mail  
joanacmce18icbas@gmail.com.

<https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?fromEmail=true&formkey=dENJUk4wVUpaV0FOMzVKQS00cExiUUE6MQ>

Grata pela disponibilidade,

Joana Carvalho



Informação ao participante .pdf

133K



**ANEXO 5 – ANÁLISE FATORIAL DAS COMPONENTES  
PRINCIPAIS DA PREFUCI-F**





### Communalities

	Initial	Extraction
Q1A1	1,000	,271
Q1A2	1,000	,436
Q1A3	1,000	,304
Q1A4	1,000	,588
Q1A5	1,000	,592
Q1A6	1,000	,323
Q1A7	1,000	,713
Q1A8	1,000	,713
Q1A9	1,000	,727
Q1A10	1,000	,527
Q1A11	1,000	,543
Q1A12	1,000	,519
Q1A13	1,000	,251
Q1A14	1,000	,572
Q1A15	1,000	,511
Q1A16	1,000	,402
Q1A17	1,000	,404

Extraction Method: Principal Component Analysis.

### Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings <sup>a</sup>
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total
1	5,080	29,882	29,882	5,080	29,882	29,882	4,453
2	1,788	10,518	40,400	1,788	10,518	40,400	3,195
3	1,530	8,999	49,398	1,530	8,999	49,398	2,096
4	1,343	7,900	57,298				
5	1,119	6,582	63,880				
6	,898	5,282	69,162				
7	,863	5,075	74,237				
8	,805	4,734	78,971				
9	,682	4,015	82,986				
10	,629	3,702	86,688				
11	,459	2,702	89,390				
12	,427	2,514	91,905				
13	,404	2,375	94,279				
14	,371	2,184	96,463				
15	,223	1,311	97,774				
16	,195	1,145	98,918				
17	,184	1,082	100,000				

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. When components are correlated, sums of squared loadings cannot be added to obtain a total variance.

**Pattern Matrix<sup>a</sup>**

	Component		
	1	2	3
Q1A1	,396	,238	-,125
Q1A2	,696	-,154	,013
Q1A3	,407	,175	,170
Q1A4	,081	,006	,748
Q1A5	,094	,132	,718
Q1A6	,529	,030	,107
Q1A7	,120	,798	-,167
Q1A8	,061	,819	-,200
Q1A9	-,041	,759	,350
Q1A10	-,070	,648	,318
Q1A11	,471	-,003	,493
Q1A12	,702	-,126	,181
Q1A13	,394	,168	-,251
Q1A14	,787	-,069	-,089
Q1A15	,671	,097	,021
Q1A16	,569	,105	,083
Q1A17	,638	,004	-,025

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.<sup>a</sup>

a. Rotation converged in 6 iterations.

**ANEXO 6 – ANÁLISE FATORIAL DAS COMPONENTES  
PRINCIPAIS DA PREFUCI-I**



### Communalities

	Initial	Extraction
Q1B1	1,000	,340
Q1B2	1,000	,347
Q1B3	1,000	,233
Q1B4	1,000	,721
Q1B5	1,000	,548
Q1B6	1,000	,542
Q1B7	1,000	,809
Q1B8	1,000	,775
Q1B9	1,000	,575
Q1B10	1,000	,462
Q1B11	1,000	,443
Q1B12	1,000	,559
Q1B13	1,000	,447
Q1B14	1,000	,666
Q1B15	1,000	,571
Q1B16	1,000	,562
Q1B17	1,000	,455

Extraction Method: Principal Component Analysis.

### Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings <sup>a</sup>
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total
1	5,959	35,054	35,054	5,959	35,054	35,054	5,009
2	1,700	10,001	45,055	1,700	10,001	45,055	3,322
3	1,395	8,206	53,261	1,395	8,206	53,261	3,648
4	1,121	6,595	59,856				
5	1,006	5,919	65,775				
6	,815	4,794	70,569				
7	,802	4,716	75,285				
8	,664	3,906	79,192				
9	,612	3,601	82,793				
10	,541	3,181	85,974				
11	,514	3,022	88,996				
12	,441	2,594	91,590				
13	,400	2,353	93,943				
14	,349	2,055	95,998				
15	,309	1,819	97,817				
16	,209	1,227	99,044				
17	,162	,956	100,000				

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. When components are correlated, sums of squared loadings cannot be added to obtain a total variance.

**Pattern Matrix<sup>a</sup>**

	Component		
	1	2	3
Q1B1	,365	,057	,299
Q1B2	,337	,004	,360
Q1B3	,194	,120	,311
Q1B4	-,091	-,077	,894
Q1B5	-,044	,068	,741
Q1B6	,191	,139	,582
Q1B7	-,081	,927	-,007
Q1B8	,017	,893	-,117
Q1B9	,083	,585	,303
Q1B10	,162	,436	,308
Q1B11	,589	-,164	,216
Q1B12	,742	-,139	,095
Q1B13	,641	,183	-,189
Q1B14	,888	-,014	-,214
Q1B15	,702	,127	-,005
Q1B16	,605	,189	,110
Q1B17	,583	,020	,161

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.<sup>a</sup>

a. Rotation converged in 9 iterations.

**ANEXO 7 – ESTUDO DA HOMOGENEIDADE DAS PREFUCI NA  
PREFUCI-F**





### Homogeneidade das PREFUCI nas PAI, da PREFUCI-F

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,789	,801	9

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q1A1	31,92	21,080	,357	,150	,786
Q1A2	31,40	21,340	,432	,245	,775
Q1A12	31,04	21,743	,558	,377	,767
Q1A13	31,34	21,162	,304	,124	,796
Q1A14	31,84	18,342	,647	,600	,742
Q1A15	32,16	18,158	,606	,590	,749
Q1A16	32,10	20,232	,530	,330	,762
Q1A17	31,44	21,355	,519	,310	,767
Q1A11	31,97	19,670	,463	,294	,772

### Homogeneidade das PREFUCI nas PIPTTD, da PREFUCI-F

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,795	,795	4

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q1A7	7,38	7,301	,622	,665	,736
Q1A8	7,49	7,298	,616	,666	,739
Q1A9	7,06	7,141	,676	,649	,709
Q1A10	7,29	7,917	,512	,596	,789

## Homogeneidade das PREFUCI nas PGV, da PREFUCI-F

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,731	,735	2

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q1A4	4,06	,727	,581	,337	.
Q1A5	4,19	,566	,581	,337	.

## **ANEXO 8 – ESTUDO DA HOMOGENEIDADE DAS PREFUCI NA PREFUCI-I**



### Homogeneidade das PREFUCI nas PAI, da PREFUCI-I

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,837	,844	9

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q1B1	34,78	16,634	,466	,255	,830
Q1B11	34,29	17,431	,504	,331	,825
Q1B12	34,09	17,608	,620	,424	,819
Q1B13	34,51	16,170	,488	,272	,828
Q1B14	34,59	15,720	,644	,491	,808
Q1B15	34,98	15,117	,624	,500	,811
Q1B16	34,75	15,835	,649	,476	,808
Q1B17	34,33	16,933	,558	,356	,819
Q1B2	34,35	17,301	,457	,263	,829

### Homogeneidade das PREFUCI nas PIPTTD, da PREFUCI-I

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,787	,787	4

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q1B7	9,70	6,644	,654	,696	,703
Q1B8	9,69	6,830	,594	,679	,735
Q1B9	9,19	7,132	,629	,632	,718
Q1B10	9,25	7,721	,505	,593	,777

## Homogeneidade das PREFUCI nas PGV, da PREFUCI-I

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,758	,758	2

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q1B4	4,16	,577	,610	,372	.
Q1B5	4,14	,605	,610	,372	.

**ANEXO 9 – PERCENTAGEM CUMULATIVA DAS PREFUCI NA  
PREFUCI-F**





PREFUCI-F				
Item	PREFUCI	Sempre/ Frequentemente	Algumas vezes	Raramente/ Nunca
1	Identificar-se e apresentar-se (Nome e categoria profissional).	62,0%	27,0%	10,9%
2	Informar o que o familiar verá (aspeto do cliente, equipamento envolvente e dispositivos de suporte e monitorização).	84,5%	13,4%	2,1%
4	Gerir o horário de visitas.	85,7%	12,7%	1,6%
5	Gerir o número de visitantes de acordo com as necessidades do cliente/família.	74,4%	23,0%	2,6%
7	Promover a presença de familiares, junto do cliente, no decorrer de procedimentos não invasivos (cuidados de higiene, alternância de decúbitos, mudança de roupa).	17,6%	18,8%	63,5%
8	Promover a participação dos familiares em procedimentos não invasivos.	16,8%	15,5%	67,8%
9	Permitir a tomada de decisão partilhada com a família do cliente, relativamente a procedimentos.	22,8%	30,8%	46,4%
10	Permitir a tomada de decisão partilhada com a família do cliente, relativamente a atitudes terapêuticas.	18,9%	27,7%	53,4%
11	Informar os familiares sobre as situações de vida.	59,6%	25,2%	15,1%
12	Disponibilizar-se para esclarecer as dúvidas dos familiares.	95,4%	4,6%	-
13	Disponibilizar aos familiares o contacto do serviço 24h/dia, para obtenção de esclarecimentos/informações.	82,4%	9,6%	8,0%
14	Escutar a opinião dos familiares sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no decorrer do internamento em UCI.	64,9%	24,5%	10,6%
15	Escutar a opinião dos familiares sobre o ambiente dos espaços que lhes são destinados.	53,6%	28,3%	18,1%
16	Avaliar a adaptação da família face à situação de internamento em UCI.	57,8%	30,1%	12,1%
17	Estabelecer relação de confiança com os familiares.	85,7%	13,4%	0,8%



**ANEXO 10 – PERCENTAGEM CUMULATIVA DAS PREFUCI NA  
PREFUCI-I**



PREFUCI-I				
Item	PREFUCI	Totalmente importante/ Muito importante	Importante	Pouco importante/ Nada importante
1	Identificar-se e apresentar-se (Nome e categoria profissional).	78,9%	19,1%	3,8%
2	Informar o que o familiar verá (aspecto do cliente, equipamento envolvente e dispositivos de suporte e monitorização).	89,9%	8,9%	1,3%
4	Gerir o horário de visitas.	79,8%	17,7%	2,5%
5	Gerir o número de visitantes de acordo com as necessidades do cliente/família.	81,1%	18,0%	0,8%
7	Promover a presença de familiares, junto do cliente, no decorrer de procedimentos não invasivos (cuidados de higiene, alternância de decúbitos, mudança de roupa).	27,9%	33,3%	38,8%
8	Promover a participação dos familiares em procedimentos não invasivos.	27,6%	33,9%	38,6%
9	Permitir a tomada de decisão partilhada com a família do cliente, relativamente a procedimentos.	46,6%	36,0%	17,4%
10	Permitir a tomada de decisão partilhada com a família do cliente, relativamente a atitudes terapêuticas.	43,8%	39,1%	17,1%
11	Informar os familiares sobre as situações de vida.	92,8%	6,8%	0,4%
12	Disponibilizar-se para esclarecer as dúvidas dos familiares.	97,1%	3,0%	-
13	Disponibilizar aos familiares o contacto do serviço 24h/dia, para obtenção de esclarecimentos/informações.	78,9%	18,1%	2,9%
14	Escutar a opinião dos familiares sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no decorrer do internamento em UCI.	79,7%	18,6%	1,7%
15	Escutar a opinião dos familiares sobre o ambiente dos espaços que lhes são destinados.	63,1%	30,9%	6,0%
16	Avaliar a adaptação da família face à situação de internamento em UCI.	77,7%	18,3%	2,9%
17	Estabelecer relação de confiança com os familiares.	90,4%	9,2%	0,4%



